

CONTESTACIÓN DEMANDA LUZ GLADYS PAEZ vs COLMENA SEGUROS DE VIDA Rad 20220026400

Angie Patricia Rodriguez Juyar <angie.rodriguez@ustarizabogados.com>

Vie 17/02/2023 14:45

Para: Juzgado 13 Civil Circuito - Bogotá - Bogotá D.C.

<ccto13bt@cendoj.ramajudicial.gov.co>;abogaed@hotmail.com <abogaed@hotmail.com>

Señores

JUZGADO TRECE CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ

ccto13bt@cendoj.ramajudicial.gov.co

Proceso : DECLARATIVO VERBAL

Radicado: 1100131030132020220026400

Demandantes: LUZ GLADYS PAEZ DE SALAZAR

Demandado: COMPAÑÍA COLMENA SEGUROS DE VIDA S.A.

Asunto: CONTESTACIÓN DE DEMANDA.

De manera atenta, haciendo uso de los medios electrónicos, tal como lo permite el artículo 109 en sus incisos tercero y cuarto del Código General del Proceso, y de acuerdo con el artículo 2 del Ley 2213 de 2022, me permito radicar dentro de la oportunidad procesal debida **CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA** del proceso de la referencia, la cual acompañó adjunta a este correo con sus pruebas documentales y anexos, para que por favor sea incorporada al expediente digital.

Reenvio el mensaje de datos de otorgamiento de poder y hago la salvedad que en este correo se está copiando también a la parte demandante

Cordialmente,

Angie Patricia Rodriguez Juyar

Abogada Semi Senior

Estudio Jurídico Ustáriz & Abogados

Teléfono Of. 6108161-6108164 Ext. 507

Dir. Cra. 11a No. 96-51 Oficina 203

Bogotá, Colombia

Señores

JUZGADO TRECE CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTA

ccto13bt@cendoj.ramajudicial.gov.co

Proceso:	DECLARATIVO VERBAL
Radicado:	1100131030132020220026400
Demandantes:	LUZ GLADYS PAEZ DE SALAZAR
Demandado:	COMPAÑÍA COLMENA SEGUROS DE VIDA S.A.
Asunto:	CONTESTACIÓN DE DEMANDA.

ANGIE PATRICIA RODRIGUEZ JUYAR, mayor de edad, con domicilio en la ciudad de Bogotá e identificada con C.C. 1.013.655.786 de Bogotá, abogada titulada e inscrita con la tarjeta profesional 236.206 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en calidad de apoderada sustituta de **COLMENA SEGUROS DE VIDAS.A.** (en adelante "COLMENA"), de acuerdo con el poder conferido por el Dr. **LUIS HUMBERTO USTARIZ GONZÁLEZ**, mayor de edad, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., identificado con la cédula de ciudadanía número 79.506.641 expedida en la ciudad de Bogotá, abogado titulado e inscrito con la tarjeta profesional número 71.478 del Consejo Superior de la Judicatura y que expresamente ACEPTO, encontrándome dentro de la oportunidad legal respectiva, procedo a contestar la demanda promovida por la señora LUZ GLADYS PAEZ y otros, en los siguientes términos:

u
s
t
a
r
i
z
a
b
o
g
a
d
o
s
.
c
o
m

TABLA DE CONTENIDO

I.	OPORTUNIDAD	3
II.	INTRODUCCIÓN.....	4
III.	PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA.....	5
IV.	PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA.....	7
V.	EXCEPCIONES Y MEDIOS DE DEFENSA.....	11
VI.	PRUEBAS.....	20
VII.	ANEXOS	21
VIII.	NOTIFICACIONES	21

u s
t a
r i
z a
b o
g a
d o
s .
c o
m

I. OPORTUNIDAD

- COLMENA SEGUROS DE VIDA S.A. fue notificado personalmente del auto admisorio de la demanda, conforme lo dispone el artículo 8º de la Ley 2213 de 2013, el día 18 de enero de 2023.
- En los términos de lo dispuesto en el inciso 3º del artículo 8º de la Ley 2213 de 2022, la notificación personal se entiende surtida *“una vez transcurridos dos días hábiles siguientes al envío del mensaje y los términos empezarán a contarse cuando el iniciador recepcione acuse de recibido o se pueda por otro medio constatar el acceso del destinatario al mensaje.”*, por lo que la notificación se surtió el 20 de enero de 2023.
- En ese sentido, el término de (20) días para contestar la demanda, empezó a contar el día 23 de enero de 2023 y culmina el día 17 de febrero de 2023.

En este sentido, la presente contestación de demanda se presenta en forma oportuna.

u s
t a
r i
z a
b o
g a
d o
s .
c o
m

II. INTRODUCCIÓN

La señora LUZ GLADYS PAEZ inició proceso en contra de COLMENA SEGUROS DE VIDA S.A. pues asegura que adquirió un crédito hipotecario con el Banco Caja Social y, junto a este, una póliza de desempleo e incapacidad "temporal" y permanente, luego de ello, en el año 2018 sufrió de un infarto y de un shock hiperbólico, por lo que estuvo incapacitada aproximadamente por un mes, como consecuencia de lo anterior, la demandante inició reclamación ante las entidades demandadas; sin embargo, indica que la aseguradora negó la afectación de la póliza como quiera que la demandante superó la edad máxima de cobertura.

En ese sentido, solicita que: (i) Se declare que Colmena Seguros De Vida debe pagar a favor del Banco Caja Social el crédito hipotecario No. 4137; (ii) Que se condene a Colmena Seguros de Vida a pagar al Banco Caja Social la totalidad del crédito hipotecario No. 4137; (iii) Que se condene a Colmena Seguros de Vida a pagar a la demandante por concepto de los perjuicios ocasionados la suma de 100 SMLMV y (iv) Se condene a la demandada al pago de las costas procesales.

Sin embargo, no hay lugar a que el Despacho acoja las pretensiones de la demanda, por haberse configurado las excepciones de mérito que propongo en esta contestación y que demostraré en el curso del presente proceso, cuyo eje central es la

Bajo este supuesto de hecho, solicito respetuosamente a su señoría desestimar las pretensiones de la demanda y declarar probadas las siguientes excepciones de mérito:

- FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR ACTIVA DE LA SEÑORA LUZ GLADYS PAEZ
-
- INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN A CARGO DE LA ASEGURADORA DE PRACTICAR Y/O EXIGIR EXÁMENES MÉDICOS EN LA ETAPA PRECONTRACTUAL.
- COLMENA SEGUROS S.A SE ENCUENTRA FACULTADA PARA RETENER LA PRIMA PAGADA POR EL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE LA RETICENCIA – SANCIÓN LEGAL.
- CUMPLIMIENTO DEL DEBER DE INFORMACIÓN EXIGIDO A COLMENA SEGUROS DE VIDA.
- IMPROCEDENCIA DE LOS INTERESES MORATORIOS RECLAMADOS EN LA DEMANDA.
- EXCEPCIÓN GENÉRICA

u
s
t
a
r
i
z
a
b
o
g
a
d
o
s
.
c
o
m

III. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

De conformidad con lo establecido en el Código General del Proceso y demás normas concordantes, me opongo a las pretensiones formuladas por el parte demandante, cuya objeción y defensa configuro con la respuesta a los hechos y en los medios exceptivos formulados en el presente escrito y que en síntesis se colige en los siguientes puntos:

DECLARATIVAS

Frente a la primera pretensión declarativa.

PRIMERO: DECLARAR que la COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA COLMENA S.A., debe pagar el crédito 30019354137 del BANCO CAJA SOCIAL S.A., por cumplirse el riesgo del “seguro de desempleo y el de incapacidad total temporal amparados por la póliza No. 0226642”, por la contingencia sufrida por la señora LUZ GLADYS PAEZ DE SALAZAR, mayor de edad vecina de Bogotá, con C.C 41.364.600, entre el 11 de agosto de 2018, a la

fecha y los perjuicios materiales (daño emergente y lucro cesante) causados con ocasión del incumplimiento de las obligaciones contractuales.

Colmena Seguros de Vida SA se opone a la misma y por lo tanto a su prosperidad, pues tal y como se logrará probar a lo largo del proceso el seguro de desempleo No. 0226642 que la demandante solicita sea afectado y que en consecuencia se ampare la totalidad del crédito objeto de litigio, es improcedente, en tanto dicho seguro de ninguna forma ampara la totalidad del crédito, en razón a que las características de dicho seguro están dirigidas a amparar cierta cantidad de dinero o indistintas cuotas del crédito asegurado, cuando se presente desempleo involuntario o una incapacidad total temporal que le impida al asegurado pagar las cuotas de su crédito, tal y como se evidencia a continuación. Y en ese sentido, no existe ningún elemento que permita determinar que la demandante probó la causación del riesgo asegurado y, que como consecuencia de ello, COLMENA, deba pagar el crédito que adquirió la demandante con BANCO CAJA SOCIAL.

DESCRIPCIÓN CUBRE A:	CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO			
	ASALARIADOS (EMPLEADOS)		INDEPENDIENTES	
	DESEMPLEO INVOLUNTARIO	INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL	INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL	RENTA LIBRE DESTINACIÓN EN CASO O DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL
Sumas y Límites Asegurados	Pago único de seis (6) cuotas mensuales del crédito otorgado por la Entidad Financiera al asegurado, con un límite por cuota mensual de hasta cuatro millones de pesos m/cte (\$4.000.000.00) independientemente del saldo total de la deuda al momento de ocurrencia del evento objeto de cobertura. Si el saldo de la deuda es inferior al total de las 6 cuotas a indemnizar, la diferencia será entregada directamente al asegurado.	Pago de hasta seis (6) cuotas mensuales del crédito otorgado por la Entidad Financiera al asegurado, con un límite por cuota mensual de hasta cuatro millones de pesos m/cte (\$4.000.000.00), en caso de incapacidad total temporal superior a 15 días y de acuerdo con la tabla contemplada en las condiciones generales.	Pago de hasta seis (6) cuotas mensuales del crédito otorgado por la Entidad Financiera al asegurado, con un límite por cuota mensual de hasta cuatro millones de pesos m/cte (\$4.000.000.00), en caso de incapacidad total temporal superior a 15 días y de acuerdo con la tabla contemplada en las condiciones generales.	Pago del 50% del valor asegurado en el amparo de incapacidad total temporal para independientes.
Número de Eventos a Indemnizar	Se indemnizará un número ilimitado de eventos durante la vigencia del Crédito, de conformidad con el límite de la cobertura, debiéndose en todo caso aplicar el Período Activo Mínimo después de un Siniestro.	Se indemnizará un número ilimitado de eventos durante la vigencia del Crédito, de conformidad con las tablas de días de incapacidad especificadas en las condiciones generales.	Se indemnizará un número ilimitado de eventos durante la vigencia del Crédito, de conformidad con las tablas de días de incapacidad especificadas en las condiciones generales.	
Periodo Activo Mínimo Después de un Siniestro	Se establece un periodo activo mínimo después de un siniestro de 6 meses.	No se aplica periodo activo mínimo después de un siniestro.	No se aplica periodo activo mínimo después de un siniestro.	
Periodo de Espera	El plazo será de 30 días corrientes continuos.	El plazo será de 15 días corrientes continuos.	El plazo será de 15 días corrientes continuos.	

CONDENATORIAS

Frente a la primera pretensión condenatoria.

PRIMERO: CONDENAR a la COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA COLMENA S.A., a pagarle al BANCO CAJA SOCIAL S.A., la totalidad del valor del crédito hipotecario que la señora LUZ GLADYS PAEZ DE SALAZAR, mayor de edad vecino de Bogotá, con C.C 41.364.600, adeuda a dicha entidad, calculados en la suma de CINCUENTA y SIETE MILLONES SEISCIENTOS MIL DE PESOS M/CTE (\$57.600.000,00)

Colmena Seguros de Vida SA se opone a la misma y por lo tanto a su prosperidad pues como se manifestó con anterioridad de ninguna forma la demandante ha cumplido con las cargas que exige la Ley para la afectación de la póliza de seguro objeto de litigio. En ese sentido, conviene precisar que, el artículo 1077 del Código de Comercio establece las cargas probatorias que las partes deben asumir en los contratos de seguro, por lo que, le corresponde al asegurado probar la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida, por lo que, a la fecha la demandante no ha probado efectivamente la ocurrencia de un siniestro amparado ya sea por la póliza de vida grupo No. 1373987 o del seguro de desempleo No. 0226642 que exija a mi representada hacer el pago de la totalidad del crédito objeto de litigio.

Frente a la segunda pretensión condenatoria.

SEGUNDO: CONDENAR a la COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA COLMENA S.A., a pagarle a la señora LUZ GLADYS PAEZ DE SALAZAR, mayor de edad vecino de Bogotá, con C.C 41.364.600, los perjuicios morales causados con ocasión del incumplimiento de las obligaciones contractuales del contrato de seguros mencionado, que conforme a la doctrina y la jurisprudencia corresponden 100, salarios mínimos legales mensuales vigentes (s.m.l.m.v).

Colmena Seguros de Vida SA se opone a la misma y por lo tanto a su prosperidad, pues no existe ningún elemento fáctico o jurídico que permita determinar que efectivamente existió un incumplimiento por parte de mi representada de las obligaciones que le asistían en su calidad de entidad aseguradora, así como pretende hacerlo ver la parte actora y por el contrario, a lo largo del proceso se logrará probar que se le brindó a la cliente una serie de información clara, veraz y suficiente, lo que le permitió tomar la decisión libre e informada de vincularse contractualmente tanto a la póliza de vida grupo No. 1373987, como al seguro de desempleo No. 0226642 y, en esta medida, no existe responsabilidad alguna por parte de COLMENA que derive en una causación de perjuicios a la demandante, siendo importante precisar que tanto la Ley como la Jurisprudencia exigen para quien solicita le sea indemnizado el daño o el perjuicio ocasionado la prueba de su causación, situación que brilla por su ausencia en el presente proceso, pues más allá del dicho de la demandante, no existe prueba si quiera sumaria de que mi

u s
t a
r i
z a
b o
g a
d o
s .
c o
m

representada hubiera causado el perjuicio hoy solicitado.

Frente a la tercera pretensión condenatoria

TERCERO: Que se condene al demandado al pago de costas del proceso.

Colmena Seguros de Vida S.A. se opone a la misma y por lo tanto a su prosperidad en la medida en que tal y como se manifestó con anterioridad, no existe ningún incumplimiento de las obligaciones que le asistían en su calidad de entidad Aseguradora que se derive en un perjuicio ocasionado a la demandante, por lo que, debe dejarse claro que la condena en costas dentro de un proceso en virtud del artículo 365 del C.G.P., se hará única y exclusivamente a la parte vencida dentro del proceso, así: “Se condenará en costas a la parte vencida en el proceso, o a quien se le resuelva desfavorablemente el recurso de apelación, casación, queja, súplica, anulación o revisión que haya propuesto. Además, en los casos especiales previstos en este código.”, por lo que, al no existe responsabilidad de mi representada en los hechos materia de litigio, no puede derivarse de ello una condena en costas.

IV. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

A continuación, me permito pronunciarme sobre cada uno de los hechos en los que se fundamenta la demanda, conservando su enumeración inicial para efectos prácticos:

Frente al primer hecho

PRIMERO: Afirma mi mandante “el Banco Caja Social de Ahorros, sucursal Restrepo, me otorgó un crédito por valor de \$25.000.000, (Crédito No 30019354137) de los cuales se dejó un monto de \$800.000 para concursar en los sorteos mensuales que realiza la entidad”.

Contesto: No le consta a COLMENA el producto que haya adquirido la señora Luz Gladys Páez con BANCO CAJA SOCIAL, pues se trata de una entidad totalmente independiente a mi representada, por lo que será la demandante quien deberá acreditar su dicho.

Frente al segundo hecho:

SEGUNDO: “Dentro de los requisitos para el otorgamiento se me exigió comprar un seguro un seguro de vida, de desempleo y de incapacidad temporal o permanente, con la compañía SEGUROS DE VIDA COLMENA S.A., lo cual realicé, firmando unos formularios pre impresos por dicha aseguradora”.

Contesto: No le consta a COLMENA el ofrecimiento que se haya hecho al momento de contratar los créditos, pues se trata de un hecho totalmente ajeno a las obligaciones de mi representada; sin embargo, es importante aclarar que los únicos seguros obligatorios son los de vida e incapacidad total y permanente, por lo que el de

desempleo se trata de un seguro voluntario y bajo ese entendido es el cliente quien decide contratarlo al momento en que suscribió los documentos del crédito que pretendía contratar.



Frente al tercer hecho:

TERCERO. “El día 05 de julio de 2018 realizaron el desembolso por valor de \$24.926.000.”

Contesto: No le consta a COLMENA el producto que haya adquirido la señora Luz Gladys Páez con BANCO CAJA SOCIAL, pues se trata de una entidad totalmente independiente a mi representada, por lo que será la demandante quien deberá acreditar su dicho.

Frente al cuarto hecho:

CUARTO: “En ningún momento me solicitaron exámenes médicos ni de ninguna otra índole”

Contesto: No le consta a COLMENA lo acontecido en el momento del ofrecimiento de la póliza; sin embargo, se aclara que al momento de la suscripción del documento, se pusieron de presente los documentos contentivos de las condiciones de la póliza que pretendía adquirir en donde muy claro se ponía de presente la edad máxima de ingreso a la póliza.

Frente al quinto hecho:

QUINTO. “El día 11 agosto de 2018, sufrí un infarto por el cual estuve hospitalizada alrededor de 16 días (11 al 27 de agosto) con una extensión hospitalaria del 27 al 31 de agosto, continuando la incapacidad en la casa; en el mes de septiembre volví a ingresar al hospital por un shock hipovolémico (deshidratación severa) por el cual duré 13 días (del 14 al 27 de septiembre)”

Contesto: Respecto al estado de salud de la demandante, por tratarse de un hecho que se prueba con la historia clínica de la demandante, me atengo al contenido de las mismas y en ningún caso a las manifestaciones de la parte actora.

u
s
t
a
r
i
z
a
b
o
g
a
d
o
s
.
c
o
m

Frente al sexto hecho:

SEXTO: “Después de recuperada me acerqué al Banco Caja Social con el fin de averiguar qué documentos o qué requisitos se necesitaban para realizar la reclamación del seguro, y me exigieron la presentación de la historia clínica”.

Contesto: No le consta a COLMENA las gestiones que la demandante hubiera adelantado ante el BANCO CAJA SOCIAL, pues se trata de una entidad totalmente ajena a mi representada y, en ese sentido, será la demandante quien deberá acreditar su dicho.

Frente al séptimo hecho:

SEPTIMO: “Se me exigió, después de realizada la reclamación del pago del siniestro y cuando el contrato de seguros estaba en plena vigencia, con el pago de las correspondientes primas etc., adjuntar la historia clínica previa al ingreso de la póliza.”

Contesto: Es cierto que COLMENA solicitó a la demandante la histórica clínica a través de la respuesta a la reclamación del 8 de noviembre de 2018, tal y como se evidencia a continuación:

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

FECHA EMISION DEL
CERTIFICADO

FECHA EMISION DEL CERTIFICADO
- 05.07.2018

Respetado(a) señor(a):

En atención a la reclamación por la posible afectación del amparo de Incapacidad y demás datos de la póliza correspondientes a los contenidos en el asunto nos permitimos manifestar lo siguiente:

Una vez revisados los documentos soportes de dicha reclamación, encontramos que no reúne los requisitos establecidos en el artículo 1077 del Código de Comercio, en concordancia con lo establecido en las condiciones de la póliza en cuanto a los documentos necesarios para el trámite de una reclamación.

Por lo anterior y con el fin de dar trámite a su reclamación, sin admisión de responsabilidad y sin perjuicio de lo establecido en el artículo 1081 del Código de Comercio, es indispensable que nos remita los siguientes documentos:

- Historia Clínica previa al ingreso de la póliza, es decir del periodo comprendido entre 06.01.2018 al 05.07.2018.

Sin embargo, se aclara que al a fecha la demandante no ha dado entrega a COLMENA de la historia clínica para la fecha requerida.

Frente al octavo hecho:

OCTAVO. “Realizado el pedimento correspondiente, la Compañía “Seguros de vida Colmena S.A. me envió una comunicación manifestándome que no estaba asegurada porque por la edad tenía esa cobertura, pues ella es para personas menores de 71 años”.

Contesto: Es importante aclarar que el éste hecho no está redactado con claridad lo que dificulta una oposición;

sin embargo, si se trata de la respuesta dada por COLMENA, para el 7 de noviembre de 2018 mi representada respondió a la solicitud elevada por la demandante respecto a la póliza de vida N° 3704-494995 contrario a lo manifestado por la parte demandante, así:

"CONDICIÓN NOVENA. EDADES MÍNIMAS Y MÁXIMAS DE INGRESO Y PERMANENCIA. La edad mínima de ingreso a la póliza es 18 años. La edad máxima de ingreso para la cobertura Básica de Vida es de 75 años + 364 días con permanencia hasta la cancelación de la deuda. La edad máxima de ingreso para las coberturas de Incapacidad Total y Permanente, Enfermedades Graves y Beneficios por Hospitalización es de 69 años + 364 días con permanencia hasta los 70 años + 364 días."

Al analizar los documentos allegados con la presente reclamación, donde se solicita afectar las coberturas Beneficios por Hospitalización y Enfermedades Graves, hemos encontrado que la edad de la asegurada al momento de tomar el contrato de seguro era de setenta y cinco (75) años."

Frente al noveno hecho:

NOVENO. *Del formulario firmado para la toma del seguro, se advierte que allí expresé con claridad la fecha de mi nacimiento, el 6 de enero de 1943.*

Contesto: Es cierto. Sin embargo, por tratarse de un hecho que se prueba con un documento que se aporta con el presente escrito de contestación me atengo al contenido del mismo y al valor probatorio que este Despacho le otorgue.

Frente al décimo hecho:

DECIMO: *Se agotó el requisito de procedibilidad, según constancia expedida por la Procuraduría General de la Nación el 5 de febrero de 2020.*

Contesto: Es cierto.

u
s
t
a
r
i
z
a
b
o
g
a
d
o
s
.
c
o
m

V. EXCEPCIONES Y MEDIOS DE DEFENSA

5.1. FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR ACTIVA DE LA SEÑORA LUZ GLADYS PAEZ.

Esta excepción se presenta como quiera que la demandante solicita la afectación de una póliza de seguro donde el único beneficiario de la póliza es el BANCO CAJA SOCIAL. En ese sentido, cuando se extraña la legitimación bien del demandante, la sentencia no puede ser inhibitoria, sino desestimatoria de las pretensiones aducidas, pues se debe entender que quien elevó las pretensiones no era el titular del derecho o de la obligación correlativa alegada.

En el presente proceso, aclaro que el BANCO CAJA SOCIAL al ser el acreedor de la señora Páez es el único beneficiario de la póliza objeto de la presente controversia, en este sentido, el titular del derecho a reclamar a la Aseguradora la afectación del amparo corresponde únicamente al beneficiario de la póliza de vida y de desempleo en su condición de beneficiario único de la Póliza y no la parte demandante.

La Corte Suprema de Justicia mediante sentencia del 16 de septiembre de 2003 señaló en el mismo sentido los siguiente:

La Sala reconoce como intervinientes en el contrato de seguro, al tomador, quien traslada los riesgos al asegurador, que a su vez asume estos a cambio de una contraprestación determinada – prima-; el asegurado, que es el titular del interés Asegurado– en los seguros de daños-, y el beneficiario, persona a quien se atribuye el derecho a reclamar y recibir la prestación asegurada una vez se acredite la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida según el caso (arts. 1077 y 1080 ib.). De los nombrados, es el beneficiario quien, en línea de principio, está legitimado para reclamar del asegurador el pago de la prestación asegurada (art. 1080 del C. de Co., en la redacción de la Ley 45 de 1990), sin que necesariamente deba concurrir en él, las calidades de tomador o asegurado, pues basta que se encuentre debidamente identificado como beneficiario en la póliza”¹. (Negrilla resaltado fuera del texto original).

Posteriormente, la misma Corte con ponencia del Magistrado Jaime Arrubla indicó:

“A partir de dejar sentado, con vista en el contrato de seguro y sus anexos, que el causante era el asegurado, sin que figurara como “beneficiario de dicho contrato”, el sentenciador concluyó que los demandantes no tenían derecho a reclamar valor alguno por concepto de indemnización, porque el seguro de vida tenía como “especial destinación” cubrir el “saldo insoluto de la obligación” a la muerte del deudor asegurado.

¹ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 16 de septiembre de 2003. Exp. No. 6704.

Por esto, al constatar que el tomador del seguro, esto es, el Banco (...), aparecía como el “exclusivo titular del crédito”, o lo que es lo mismo, del saldo de la obligación, el ad-quem señaló que dicho acreedor, en su calidad de beneficiario del seguro, como así constaba expresamente, era el “único legitimado para efectuar la reclamación”.

(...)

3.- En suma, como en la sentencia se reconoció que el “único” beneficiario del seguro de vida grupo deudores, era el citado banco, (...), claramente se advierte que en ningún error de hecho, con las características de manifiesto y trascendente, pudo incurrir el Tribunal, porque el adjetivo “único” necesariamente descartaba que otras personas, incluidos los demandantes, por las circunstancias que fueren, pudieran serlo, menos cuando expresamente se refirió, para confirmar la legitimación en causa de aquellos, a todos los hechos que en el cargo segundo se mencionan.

(...)

Para el Tribunal, entonces, fue intrascendente que los demandantes fueran la “cónyuge” e “hijos” del deudor fallecido, porque el destino de la suma asegurada, convertían al tomador del seguro, beneficiario a su vez del mismo, como el “único” legitimado para reclamar la indemnización, inclusive frente al hecho de que éste no haya insistido en el pago ante la aseguradora y en su lugar hubiere acudido a demandar judicialmente el cobro insoluto de la obligación contra uno de los codeudores solidarios. Como se explicó en el precedente citado por el Tribunal (sentencia 025 de 23 de marzo de 2004, expediente I 4576), al ocurrir el siniestro, el acreedor del crédito quedaba habilitado para hacer efectivo el valor del seguro de vida grupo deudores, sin menoscabo, claro está, del derecho que también le asistía de solicitar o exigir el pago de la deuda “contra los otros codeudores solidarios si los hay”.

(...)

En síntesis, como la cónyuge del deudor fallecido, quien es la recurrente en casación, carecía de la condición de beneficiaria supletiva del seguro de vida grupo deudores, pues existía beneficiario directo a título oneroso, sin que de otra parte quedaran remanentes, surge claro que el Tribunal no pudo violar directamente, por falta de aplicación, las disposiciones que se citaron como violadas” (Negrilla y resaltado fuera del texto original)

Igualmente, esta misma Superintendencia recogiendo la línea jurisprudencial que ha desarrollado la Corte Suprema de Justicia sobre la materia, concluyó en un concepto:

“Del anterior acápite de esta sentencia, se colige que es el beneficiario oneroso (El banco)

quien tiene la legitimación en causa por activa para interponer demanda en contra de la aseguradora”²

En ese sentido, es evidente que a partir de una interpretación correcta y sistemática de las pretensiones de la demanda, las mismas están encaminadas única y exclusivamente a la afectación de un seguro en el cual el BANCO CAJA SOCIAL es el único beneficiario a título oneroso.

5.2. AUSENCIA DE COBERTURA DEL SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES NO. 1373987 POR COLMENA SEGUROS DE VIDA S.A. POR INEXISTENCIA DEL SINIESTRO.

La presente excepción se presenta como quiera que para el caso objeto de litigio no existe un siniestro de incapacidad total y permanente en virtud de la póliza de vida grupo No. 1373987, que de lugar a afectar el seguro de vida contratado por la señora LUZ GLADYS PAEZ y, que como consecuencia de ello, COLMENA deba proceder a pagar la totalidad del crédito tal y como lo asegura la demandante.

En efecto, los seguros de COLMENA SEGUROS DE VIDA S.A. establecen expresamente para amparar el riesgo de incapacidad total y permanente es necesario que el asegurado acredite tal condición a través de una calificación médica de: i) una Junta Regional o Nacional de Calificación de Invalidez, ii) una entidad competente del sistema general de seguridad social, o iii) una entidad competente de un régimen especial del sistema de seguridad social, que determine de manera clara, técnica, idónea y suficiente que el asegurado tiene una incapacidad TOTAL y permanente:

2. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE (ITP): PARA EFECTOS DE ESTE SEGURO, SE ENTIENDE POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO MENOR DE 70 AÑOS, LA INCAPACIDAD ESTRUCTURADA DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE SEGURO Y CALIFICADA MÉDICAMENTE CON UN GRADO DE INVALIDEZ IGUAL O SUPERIOR AL CINCUENTA POR CIENTO (50%) POR LA JUNTA REGIONAL O NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ, O POR LAS ENTIDADES COMPETENTES DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL (EPS, ARL, AFP), CON BASE EN EL MANUAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE AL MOMENTO DE LA RECLAMACIÓN.

PARA TODOS LOS MIEMBROS DEL GRUPO ASEGURADO, SON CONDICIONES CONCURRENTES E INDISPENSABLES PARA QUE OPERE ESTE AMPARO LAS SIGUIENTES:

- A. QUE EL PORCENTAJE DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL SEA CALIFICADO IGUAL O SUPERIOR AL 50%.
- B. QUE LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA INVALIDEZ CONTENIDA EN EL DICTAMEN DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL, SE ENCUENTRE DENTRO DE LA VIGENCIA DEL SEGURO.

u
s
t
a
r
i
z
a
b
o
g
a
d
o
s
.
c
o
m

² Concepto No. 2011013293-002 del 28 de abril de 2011.

DE CONFORMIDAD CON LO ANTERIOR, LAS PERSONAS QUE HACEN PARTE DE RÉGIMENES ESPECIALES DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL, TAMBIÉN DEBERÁN ACREDITAR QUE SU INCAPACIDAD CUMPLE CON LAS CONDICIONES MENCIONADAS ANTERIORMENTE.

CON EL FIN DE DETERMINAR LA COBERTURA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE SE ENTENDERÁ QUE LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE CONSTITUYE LA REALIZACIÓN DEL RIESGO, ES DECIR LA FECHA DEL SINIESTRO.

UNA VEZ PAGADA LA INDEMNIZACIÓN POR EL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE TERMINA LA COBERTURA PARA LOS AMPAROS DE VIDA, ENFERMEDADES GRAVES Y BENEFICIOS POR HOSPITALIZACIÓN, SI FUERON CONTRATADOS, CESANDO LA RESPONSABILIDAD DE **LA COMPAÑÍA**.

Lo anterior, se pone de presente, pues la parte actora con el escrito de demanda solicita el cubrimiento o pago total de la obligación objeto de litigio, situación que solo podría ocurrir bajo el amparo de incapacidad total y permanente y el amparo de vida, por lo que, tal y como se expresa en la caratula de la póliza el amparo de incapacidad total y permanente, el cual comprende lo siguiente:

Para ambos casos, en el evento de mora en las obligaciones se comprenderán, además, los intereses moratorios y las primas del seguro de vida no canceladas por el deudor.

AMPARO INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

• Para créditos de vivienda y créditos rotativos será el saldo insoluto de la deuda del crédito que certifique el Banco. Se tendrá como saldo insoluto de la deuda aquel que se registre en la fecha en la cual **LA COMPAÑÍA** informe por escrito al tomador su aceptación respecto de la declaratoria de incapacidad del asegurado. El Banco, será el beneficiario a título oneroso hasta por el saldo insoluto de la deuda.

Por saldo insoluto de la deuda se entiende el capital no pagado más los intereses corrientes calculados a la fecha en la cual **LA COMPAÑÍA** informe por escrito su aceptación respecto de la declaratoria de incapacidad total y permanente del asegurado, a la tasa

De igual forma, es del caso precisar que las condiciones del seguro excluyen expresamente el riesgo de incapacidad permanente PARCIAL tal como consta a continuación:

CONDICIÓN CUARTA. EXCLUSIONES PARA TODOS LOS AMPAROS DE LA PÓLIZA.
CUALQUIERA DE LOS AMPAROS OTORGADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA NO CUBREN PÉRDIDA ALGUNA QUE SEA CONSECUENCIA DE:

- c. PARA LOS EFECTOS DEL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE (ITP), Y RESPECTO DE LOS ASEGURADOS QUE HACEN PARTE DE RÉGIMENES ESPECIALES COMO LO SON EL MAGISTERIO, LAS FUERZAS MILITARES Y DE POLICÍA, ENTRE OTROS, SE ENTIENDE NO CUBIERTA LA INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL (IPP) QUE SUFRA EL ASEGURADO.

Sin embargo, para este caso la demandante a la fecha no ha presentado un Dictamen proferido por una Junta Regional o Nacional de Calificación de Invalidez que acredite la pérdida de la capacidad laboral (i) A pesar de la solicitud del Banco, de remitir la historia clínica para el periodo comprendido entre 06.01.2018 al 05.07.2018, pues la historia clínica remitida es solo para el periodo de agosto de 2018; (ii) En ese sentido, no se cuenta con una fecha de estructuración de la incapacidad y, sobre todo, (iii) no determinó una incapacidad TOTAL y permanente. En consecuencia, es clara la ausencia de prueba de la realización del siniestro de incapacidad total y permanente en los términos acorados en los contratos de seguro celebrados entre COLMENA SEGUROS DE VIDA S.A y el demandante.

Lo cierto es que la parte demandante al presentar una incapacidad total temporal pretende sustraerse del clausulado de los seguros aduciendo la configuración del siniestro cuando es claro que el clausulado

solamente ampara la incapacidad total y permanente y vida y, además, excluye de manera clara y expresa la incapacidad permanente parcial y temporal. En ese sentido, es evidente que la parte demandante también pretende indebidamente desconocer el principio del Pacta Sunt Servanda.

Cabe señalar que la definición del riesgo amparado que está pactada en el contrato de seguro no es caprichosa y mucho menos abusiva, pues responde a un criterio razonable que fijó COLMENA SEGUROS DE VIDA S.A en virtud del artículo 1056 de Código de Comercio que establece que el asegurador puede a su arbitrio determinar y delimitar los riesgos que está dispuesto a amparar. En la misma línea, autorizada doctrina ha señalado:

“10.2. Incapacidad total y permanente (IT y P). En esta otra cobertura, mediante la cual no obstante no haber fallecido el asegurado, recibe el capital que contrató en la eventualidad de llegar a esa condición de invalidez, la que le impide generar los ingresos necesarios para el sostenimiento de sí mismo, de su familia y atender económicamente su nueva situación de salud. En otras palabras, se ha afectado de manera importante su capacidad productiva y generadora de ingresos. (...)

[S]e puede expresar que las reglamentaciones de carácter legal que se fijen, por ejemplo, en la seguridad social para coberturas similares de invalidez, no son de aplicación automática al seguro privado, ya que en un sistema de libre competencia cada empresa aseguradora tiene y maneja sus propias estadísticas para definir su propio producto”5 (Negrilla fuera del texto original).

En este orden de ideas, resulta claro e incontrovertible que el demandante NO probó la configuración del siniestro en la medida en que no existe una sola prueba técnica, idónea y suficiente que indique que tiene una incapacidad total y permanente.

5.3. INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN A CARGO DE LA ASEGURADORA DE PRACTICAR Y/O EXIGIR EXÁMENES MÉDICOS EN LA ETAPA PRECONTRACTUAL.

En aras de dar claridad frente a las dudas que se puedan presentar dentro del proceso, es importante destacar lo siguiente, con respecto a si le asiste o no deber a la aseguradora de exigirle al asegurado exámenes médicos en la etapa precontractual:

- i) La solicitud de información al asegurado se realiza para que este manifieste los padecimientos que tiene o ha tenido, de allí la especificidad de las preguntas que se le formulan en el cuestionario, respecto del seguro de vida:

u s
t a
r i
z a
b o
g a
d o
s .
c o
m

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD		100%
MARQUE CON UNA X "SI O NO", SEGÚN CORRESPONDA		
¿ES PENSIONADO POR INVALIDEZ?		
¿Le han diagnosticado o ha recibido algún tratamiento o cirugía, le han practicado pruebas o exámenes de diagnóstico o tiene conocimiento de padecer o haber padecido cualquiera de las siguientes enfermedades o condiciones de salud? :		
1. ¿Le han detectado la presencia de anticuerpos contra el virus VIH productor del SIDA, ha sido VIH positivo o le han diagnosticado con SIDA?	SI	NO
2. ¿Ha sufrido de algún accidente o evento violento, o tiene algún tipo de incapacidad o limitación física o mental?		
3. ¿Está tomando medicamentos o está bajo algún tipo de estudio o tratamiento por síntomas, manifestaciones o molestias, o cirugías pendientes?		
4. ¿Consumo bebidas alcohólicas más de tres veces por semana o en exceso o consume sustancias psicoactivas?		
5. ¿Padece o ha padecido enfermedades de tipo congénito, neurológico, cardiovascular o enfermedades como Hipertensión Arterial, infarto o enfermedad de las arterias coronarias, cáncer, leucemias, infomas, Diabetes, Asma, trombosis, derrames o eventos cerebrovasculares, anemias, enfisema pulmonar EPOC, artritis reumatoide, cirrosis, insuficiencia renal, epilepsia, tumores, trastornos inmunológicos o reumatológicos, lupus, enfermedades mentales, le han hecho tratamiento quirúrgico por obesidad?		
6. Ha padecido o padece de cualquier otra enfermedad o lesión que no se haya mencionado?		
7. Sírvase proporcionar la siguiente información de las respuestas afirmativas:		
a. Nombre de la enfermedad o padecimiento:	b. Fecha del diagnóstico:	
c. Tratamientos médicos o cirugías realizadas:	d. Secuelas o complicaciones:	
e. Estado actual de la enfermedad o padecimiento:	f. Tratamiento actual de la enfermedad o padecimiento:	
g. Observaciones o comentarios adicionales:		
8. (SOLO PARA MUJERES)		
Se encuentra en estado de embarazo?		
De ser así por favor informe: Cuantos meses:	Complicaciones:	Cuantos embarazos anteriores:
Ha tenido enfermedades o tumores de: Útero:	Senos:	Cesáreas:
	Ovarios:	Abortos:

- ii) La práctica o no de exámenes médicos a quien la ASEGURADORA decide amparar le es optativa, partiendo sobre todo del presupuesto del principio de ubérrima buena fe en donde se asume que el asegurado suministrará, con veracidad, toda la información por la que se le pregunta e indaga en la etapa precontractual del contrato de seguros, tan es así, que en el documento firmado por la demandante se expresa claramente que la información declarada por el asegurado es verídica, así:

AUTORIZACIONES Y OTRAS DECLARACIONES DE LOS ASEGURADOS	
1. Declaro en mi nombre que lo anotado en esta solicitud de seguro es verídico. Que las actividades a las que me dedico no generan ningún riesgo ni amenaza contra mi vida. Colmena Seguros, se reserva todos los derechos que puedan asistirle en caso de que antes o después de mi fallecimiento o invalidez, se compruebe que esta declaración no corresponde a mi verdadero estado de salud en el momento de aceptarse el seguro. (Art 1058 y 1158 del Código de Comercio)	cliente de Colmena Seguros a los números en Bogotá 401 0447; Medellín 444 1246; Cali 403 6400; Barranquilla 353 7559 y a nivel nacional al 01 8000 919 467. Defensor del Consumidor Financiero: defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com ó en www.colmenaseguros.com. En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando de forma periódica nuestra página web: www.colmenaseguros.com, ingresando a los enlaces Servicio al Cliente/Protección al Consumidor Financiero y Servicio al Cliente/Protección de Datos.
2. Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 34 de la ley 23 de 1981, autorizo expresamente a Colmena Seguros a que, aún después de mi fallecimiento, verifique y pida ante cualquier médico, odontólogo o cualquier institución hospitalaria, la información y/o copia de mi historia clínica y/o carta dental.	5. ART. 1068 Código de Comercio. La mora en el pago de la prima de la Póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato. ART. 1152 Código de Comercio. El no pago de las primas dentro del mes siguiente a la fecha de cada vencimiento, producirá la terminación del contrato.
3. Autorizo a Colmena Seguros para inducir, consultar, reportar y procesar, a partir de la fecha de expedición de esta solicitud y durante la vigencia de este seguro en cualquier momento, la información allí contenida y/o de cualquier relación comercial con esta aseguradora al ente regulador vigente o a cualquier central de información o base de datos, u otras aseguradoras del sector.	6. Para las condiciones generales de la presente póliza las visite www.colmenaseguros.com y al respaldo de esta solicitud.
4. Para resolver inquietudes acerca del seguro, del tratamiento de sus datos personales favor comunicarse con la línea de atención al	

En cuanto a esta excepción se refiere, debe aclararse al Despacho que la práctica o exigencia de exámenes médicos que determinen el estado de salud o la solicitud de información adicional es meramente potestativa del asegurador.

En ese sentido, recientemente lo ha sostenido la Superintendencia Financiera de Colombia en virtud de sus funciones jurisdiccionales:

"Así las cosas no estaba llamada la aseguradora a realizar exámenes médicos o requerir la historia clínica de la asegurada para verificar una enfermedad o condición que al momento de diligenciar la solicitud sin salvedad manifestó la asegurada no padecer, o ratificar un estado del riesgo que fue declarado bajo el supuesto "uberrima bona fidei", sobre el punto debe traerse en colación lo supuesto por la Corte Suprema de Justicia en pronunciamiento de la Sala Civil de Casación del pasado 16 de diciembre de 2016 en ponencia del Magistrado Álvaro Fernando García Restrepo sostuvo que: no puede entonces endilgarse que el profesionalismo que requiere la actividad aseguradora de entrada exige el agotamiento previo de todos los medios a su alcance para constatar cual es el estado del riesgo al instante en que se asume como si fuera de su exclusivo cargo, so pena que la inactividad dirime en una renuncia a la nulidad relativa por reticencia, esto por cuanto se reitera concluyó la corte el tomador esta compelido a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que lo determinan y los efectos adverso por inexactitud se reduce si hay error y culpa o se

desvanece por inadvertir el asegurador la serie señales de alerta sobre inconsistencia en lo aquel reporta.”³ (Se enfatiza)

En esa medida, debe tenerse en cuenta que no le asiste obligación al asegurador de solicitarle al asegurado exámenes médicos en la etapa precontractual, ya que se parte de la declaración de asegurabilidad y la buena fe del asegurado.

5.4. CUMPLIMIENTO DEL DEBER DE INFORMACIÓN EXIGIDO A COLMENA SEGUROS DE VIDA.

En las etapas precontractual, contractual y pos contractual, COLMENA SEGUROS ha cumplido cabalmente el deber de información que le es exigible, tal como lo dispone la Circular Básica Jurídica en el Capítulo II, en concordancia con el artículo 184 del Estatuto Orgánico del Sistema financiero (EOSF), toda vez que:

- I. Los documentos en los cuales se basan los contratos de seguros celebrados son claros, contienen información completamente clara, legible y oportuna. La declaración de asegurabilidad formula un cuestionario claro y de fácil comprensión a los asegurados.

Tan claras son las preguntas que la señora LUZ GLADYS PAEZ manifestó, rotundamente, no padecer ni haber padecido enfermedades expresadas en la declaración de asegurabilidad.

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD		SI	NO
MARQUE CON UNA X "SI O NO", SEGÚN CORRESPONDA			
¿ES PENSIONADO POR INVALIDEZ?			
¿Le han diagnosticado o ha recibido algún tratamiento o cirugía, le han practicado pruebas o exámenes de diagnóstico o tiene conocimiento de padecer o haber padecido cualquiera de las siguientes enfermedades o condiciones de salud? :			
1. ¿Le han detectado la presencia de anticuerpos contra el virus VIH productor del SIDA, ha sido VIH positivo o le han diagnosticado con SIDA?			
2. ¿Ha sufrido de algún accidente o evento violento, o tiene algún tipo de incapacidad o limitación física o mental?			
3. ¿Está tomando medicamentos o está bajo algún tipo estudio o tratamiento por síntomas, manifestaciones o molestias, o cirugías pendientes?			
4. ¿Consumo bebidas alcohólicas más de tres veces por semana o en exceso o consume sustancias psicoactivas?			
5. ¿Padece o ha padecido enfermedades de tipo congénito, neurológico, cardiovascular o enfermedades como Hipertensión Arterial, infarto o enfermedad de las arterias coronarias, cáncer, leucemias, linfomas, Diabetes, Asma, trombositis, derrames o eventos cerebrovasculares, anemia, enfisema pulmonar EPOC, artritis reumatoide, cirrosis, insuficiencia renal, epilepsia, tumores, trastornos inmunológicos o reumatológicos, lupus, enfermedades mentales, le han hecho tratamiento quirúrgico por obesidad?			
6. Ha padecido o padece de cualquier otra enfermedad o lesión que no se haya mencionado?			
7. Sírvase proporcionar la siguiente información de las respuestas afirmativas:			
a. Nombre de la enfermedad o padecimiento:		b. Fecha del diagnóstico:	
c. Tratamientos médicos o cirugías realizadas:		d. Secuelas o complicaciones:	
e. Estado actual de la enfermedad o padecimiento:		f. Tratamiento actual de la enfermedad o padecimiento:	
g. Observaciones o comentarios adicionales:			
8. (SOLO PARA MUJERES)			
Se encuentra en estado de embarazo?			
De ser así por favor informe: Cuantos meses:		Complicaciones:	
Ha tenido enfermedades o tumores de: Útero:		Senos: Ovarios:	
		Cuantos embarazos anteriores: Cesáreas: Abortos:	

Incluso, la información suministrada en la declaración de asegurabilidad fue tan acuciosa, precisa, clara, veraz y suficiente que la demandante suscribió las mismas sin realizar manifestación, constancia o aclaración alguna.

Este documento es una solicitud de seguro, por lo tanto su validez como póliza de seguro requiere de la aceptación de la aseguradora. Se entenderá aceptado el riesgo en las condiciones declaradas por el solicitante cuando se desembolse el crédito excepto que se haya aceptado en condiciones especiales o se haya rechazado por parte de la aseguradora, caso en el cual la aseguradora informará de manera formal por escrito.

FIRMA ASEGURADO:  CC: 841364660 FIRMA AUTORIZADA COMPAÑÍA DE SEGUROS: 

28/02/2017-1425-P-37-3704_VA_02/2017 Referencia a Nota Técnica 08/01/2016-1425-NT-P-3704_VI_09/2015

- BANCO -

HUELLA DACTILAR:  INDICE DERECHO

Un producto Colmena Seguros Nit: 800 226 175-3 CPS-F-119 V1.1_03/2017

Después MOD. 07/2015

³ SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA. Delegatura para Funciones Jurisdiccionales. Sentencia del 4 de abril de 2017 proferida dentro de la Acción de Protección al Consumidor promovida por Arturo Díaz Murillo y Otros contra Axa Colpatria Seguros de Vida S.A. expediente identificado bajo el radicado número 2016-318.

2. Las condiciones del contrato de seguro son claras y comprensibles, en la carátula del contrato se identifican los riesgos amparados, el valor asegurado, la vigencia estipulada, entre otros, además de haberse incorporado con claridad las consecuencias legales de la inexactitud o reticencia como sanción derivada de la conducta omisiva del asegurado, en cuanto al suministro de la información precisa, es decir sobre el alcance del contrato
3. Desde la óptica propia del derecho de consumo, resulta claro que una de las prácticas propias de protección al consumidor corresponde a informarse, conocer, leer las condiciones de los productos que habrá de adquirir. En esa medida, es claro que también le asistía al asegurado ilustrarse sobre el producto y leer, con todo detenimiento los documentos que dan cuenta de los contratos de seguro celebrado.

Sobre este asunto en particular, la Superintendencia Financiera de Colombia en ejercicio de sus funciones jurisdiccionales, sostuvo en sentencia del 8 de febrero de 2016:

“En consecuencia, como al asegurador no se le puede exigir que inspeccione toda la masa de riesgos debe reconocerse que contrae sus obligaciones con base en el dicho del tomador, quedando a merced de su declaración y contratando en virtud del principio de buena fe, por tanto es justo que por medio de la nulidad relativa salga del ámbito jurídico en busca de un equilibrio contractual entre las partes, ahora la relación causal que importa es la que ata el error o el dolo con el consentimiento del asegurado y no como lo indicaron los demandantes, sea la oportunidad para recordar en cuanto al deber de información en los seguros de vida, cuando el tomador de la póliza es la entidad bancaria la Circular jurídica establece la obligación de informar los requisitos y procedimientos para el perfeccionamiento de su inclusión.

Por lo tanto, para la Delegatura no se evidenció que la compañía de seguros haya dejado de cumplir su deber de información, circunstancia diferente que es después de celebrado el contrato de seguro el consumidor financiero no estuvo de acuerdo con los términos y condiciones éste. En ese sentido, se advirtió que es una buena práctica de protección propia de los consumidores financieros, leer los términos y condiciones del contrato respectivo e indagar si tienen inquietudes adicionales, deber de doble vía, como lo señaló la Sala Civil del Tribunal Superior de Bogotá en pronunciamiento del 10 de marzo de 2016, con ponencia del Magistrado Marco Antonio Álvarez, al resolver un recurso de apelación presentado ante la Superintendencia Financiera dentro del expediente 2015-0141. (...)

Si bien es cierto que la actividad financiera comporta un régimen especial bajo la perspectiva de diligencia y profesionalismo, no lo es menos para el consumidor, éste no está autorizado ni le es permitido incumplir, descuidar o desatender las obligaciones que paralelamente le asisten, más cuando lo que se encuentra en juego es su propio patrimonio.”⁴ (Se enfatiza)

En este orden de ideas, resulta claro que COLMENA SEGUROS DE VIDA S.A cumplió cabalmente el deber de información que le asistía y, por lo tanto, no existe conducta alguna de mi representada que sea reprochable por el derecho y que genere una responsabilidad contractual.

⁴ SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA. Delegatura para Funciones Jurisdiccionales. Sentencia del 6 de mayo de 2016 proferida dentro de la Acción de Protección al Consumidor promovida por Rosalina Rocha Ruiz contra Allianz Seguros S.A. expediente identificado bajo el radicado número 2015-625.

5.5. EXCEPCIÓN GENÉRICA.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 282 del Código General del Proceso, propongo como excepción cualquier otro hecho que resulte probado dentro del proceso que conduzca a rechazar todas las pretensiones de la demanda, y que deba ser declarado como tal por el Despacho.

VI. OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 206 del Código General del Proceso, presento OBJECCIÓN fundada al juramento estimatorio de la demanda, como quiera que no solo no se han acreditado los elementos estructurantes de la responsabilidad civil atribuibles a COLMENA, sino que adicionalmente, la estimación de la misma resulta improcedente y carente de fundamento.

En ese sentido, la parte demandante en el juramento estimatorio asegura que los perjuicios ocasionados fueron tasados por la suma de \$148.452.600, suma derivada de los perjuicios morales y de los perjuicios materiales ocasionados, tal y como se evidencia a continuación:

RESUMEN: Perjuicios materiales: CINCUENTA y SIETE MILLONES SEISCIENTOS MIL DE PESOS M/CTE.....	\$ 57.600.000,00)
Perjuicios morales: NOVENTA MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA Y DOS SEISCIENTOS PESOS MONEDA CORRIENTE.....	<u>\$ 90.852.600,00</u>
TOTAL:	\$148.452.600,00

En ese sentido, el juramento estimatorio está regulado en los artículos 206 y 207 del Código General del Proceso. El artículo 206 establece que:

*"Artículo 206. Juramento Estimatorio. Quien pretenda el reconocimiento de una indemnización, compensación o el pago de frutos o mejoras, **deberá estimarlo razonadamente bajo juramento en la demanda o petición correspondiente, discriminando cada uno de sus conceptos**. Dicho juramento hará prueba de su monto mientras su cuantía no sea objetada por la parte contraria dentro del traslado respectivo. Solo se considerará la objeción que especifique razonadamente la inexactitud que se le atribuya a la estimación"* (Negrilla y subrayado fuera del texto original).

Como puede observarse, el juramento estimatorio exige no solamente indicar la cifra pretendida sino justificar el porqué de esta. No se trata de una simple estimación de cuantía. El juramento estimatorio como medio de prueba exige que sea estimado razonadamente.

Razonado, según el diccionario de la Real Academia de la lengua significa fundado en razones. No basta indicar

simplemente una cuantía y un concepto, sino dar algún tipo de razón por la cual se indica dicha cifra.

El juramento estimatorio que se encuentra en la demanda no cumple con los requisitos anteriores por cuanto la demandante no explicó razonamiento alguno que sustente el valor estimado. El valor de los \$82.554.850 de perjuicios “materiales” no están claramente explicado ni razonado, y aún más importante, ni siquiera está soportado probatoriamente, la demandante no tuvo la técnica de explicar claramente en qué se sustenta cada valor presentado. Por lo tanto, es imposible tanto para este despacho como para Colmena Seguros De Vida conocer los fundamentos de la suma reclamada.

Se advierte desde ya que, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 206 del Código General del Proceso, “el juramento estimatorio no aplicará a la cuantificación de los daños extrapatrimoniales”, razón por la cual la cuantía de los perjuicios *inmateriales* informada por el demandante no puede ser probada a través del juramento estimatorio, por lo que solicito al despacho rechazar de facto esta prueba en el momento procesal correspondiente.

En cuanto a los perjuicios patrimoniales, es necesario exponer que los valores enunciados por el actor son absolutamente enunciativo que no tiene un análisis de razonabilidad y soporte probatorio. Así las cosas, lo cierto es que la carga procesal que pesa sobre la parte actora relativa a formular una estimación corresponde al deber de realizar un planteamiento analítico y sistemáticamente presentado junto con la explicación de los valores tomados para el caso concreto. Situación que para el presente caso brilla por su ausencia, pues la demandante NO explicó las razones que fundamentan la estimación. Así mismo, no realizó una discriminación ni un cálculo, así sea somero, que dé cuenta de las sumas de dinero pretendida y brilló por su ausencia cualquier elemento probatorio que permitiese dar cabida a las exorbitantes sumas pretendidas.

VII. PRUEBAS

7.1. DOCUMENTALES QUE SE APORTAN ELECTRÓNICAMENTE

1. Clausulado general póliza de vida
2. Condicionado general póliza de desempleo
3. Respuesta del 7 de noviembre de 2018
4. Respuesta del 8 de noviembre de 2018
5. Caratula póliza de vida No. 1373987 (1)
6. Caratula póliza de desempleo No. 0226642 (1)
7. Solicitud póliza seguro de desempleo

7.2. INTERROGATORIO DE PARTE AL DEMANDANTE

Con fundamento en lo previsto en el artículo 198 del Código General del Proceso, respetuosamente solicito señalar fecha y hora para que la señora Luz Gladys Páez absuelva personalmente el interrogatorio de parte que sobre los hechos y pretensiones materia de este litigio le formularé. Me reservo el derecho de formular dicho interrogatorio mediante pliego escrito o hacerlo verbalmente en la misma audiencia, tal como lo permite el artículo 202 del Código General del Proceso.

u s
t a
r i
z a
b o
g a
d o
s .
c o
m

VIII. ANEXOS

- Poder que faculta al suscrito apoderado para actuar en representación de Colmena Seguros De Vida.
- Sustitución de poder especial
- Tarjeta profesional del apoderado.
- Todos y cada uno de los documentos anunciados en el acápite de pruebas.
- Certificado de existencia y representación legal de Colmena.

IX. NOTIFICACIONES

COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA COLMENA S.A recibe notificaciones en la Calle 72 No. 10-71 piso 6 email notificaciones@colmenaseguros.com

El suscrito apoderado las recibe en la Carrera 11 A No. 96-51, Oficina 203, Teléfonos 6108161-6108164, extensiones 701 y 501, y a los correos electrónicos: litigiosnotificaciones@ustarizabogados.com, angie.rodriguez@ustarizabogados.com

Atentamente,



LUIS HUMBERTO USTÁRIZ GONZÁLEZ
C.C. No. 79.506.641 de Bogotá D.C.
T.P. 71478 del C. S. de la J.
APRJ

u s
t a
r i
z a
b o
g a
d o
s .
c o
m

SOLICITUD/PÓLIZA SEGURO DE DESEMPLEO E INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL



IMPORTANTE: El presente formato debe ser diligenciado en su totalidad en letra legible, sin tachones, rayas ni palabras en comillas.

Ciudad Bogotá	Fecha de Solicitud y Expedición 2018 10 12	REFERENCIA / N° DE PÓLIZA 0226642
-------------------------	--	---

BENEFICIARIO ONEROSO	NIT	BENEFICIARIO • ONEROSO: Entidad Financiera que otorga el crédito al asegurado. • GRATUITO: El asegurado, únicamente en los siguientes eventos: - Cuando ha pagado anticipadamente la deuda y manifieste su voluntad de continuar asegurado por el tiempo restante contratado, de acuerdo a la duración inicial del crédito - Cuando el saldo de la deuda es inferior al total de las seis (6) cuotas a indemnizar en el amparo de desempleo, la diferencia entre el saldo de la deuda y la suma asegurada será entregada directamente al asegurado.
----------------------	-----	---

DATOS DEL TOMADOR / ASEGURADO					
Nombres y Apellido Juz Gladys Ruez de Salazar					
Tipo y Número de Identificación del Asegurado CC ☒ CE ☐ No. 41.354.660	Fecha de Expedición 19/12/17	Fecha de Nacimiento 19/13/01/06	Lugar de Nacimiento Bogotá	Género Femenino ☒ Masculino ☐	
Actividad Económica del Asegurado Independiente ☐ Empleado ☐ Otro ☒ ¿Cuál? Penista de Capital		Dirección de Domicilio Cr 24 # 7 - 94 Sur		Ciudad Bogotá	
Departamento Cundinamarca	Teléfono 6638215	Celular 3115911584	Correo Electrónico		

INFORMACIÓN FINANCIERA			
ACTIVOS \$ 156.000.000	INGRESOS MENSUALES \$ 2500.000	OTROS INGRESOS \$	CONCEPTO OTROS INGRESOS
PASIVOS \$	EGRESOS MENSUALES \$ 260.000	1. ¿Ha reclamado por siniestro anteriormente a esta Compañía? SI ☐ NO ☒	
		2. ¿Ha presentado reclamaciones por siniestro a otra Compañía de Seguros Vida? SI ☐ NO ☒	
Si la respuesta a las preguntas 1 o 2 es afirmativa, detalle el año, la Compañía, el ramo y el valor del reclamo:			
OPERACIONES FINANCIERAS EN MONEDA EXTRANJERA			
¿Tiene usted productos financieros en moneda extranjera? SI ☐ NO ☒		TIPO DE TRANSACCIÓN	
¿Realiza usted transacciones en moneda extranjera? SI ☐ NO ☒		Importaciones ☐ Inversiones ☐ Préstamos ☐ Exportaciones ☐ Transferencias ☐	
		Pago de servicios ☐ Otra ☐ Cúl	
TIPO DE PRODUCTO	ENTIDAD	COD. PRODUCTO	PAÍS
			CIUDAD
			MONEDA
¿Por su cargo o actividad maneja recursos públicos?		SI	No
¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público?		SI	No
¿Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público general?		SI	No
¿Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta?		SI	No
Indique:			

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS
Obrando en nombre propio de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de origen de fondos con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado por la Superintendencia Financiera, el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, la Ley 190 de 1995, Ley 1474 de 2011 o cualquier norma que los modifique, amplie o sustituya y demás normas legales que regulen la prevención del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo para el sector asegurado.
Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (DEBE DETALLAR OCUPACIÓN, OFICIO, ACTIVIDAD, NEGOCIO, ETC.):
1. Declaro que mis recursos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione.
2. Autorizo a Colmena Seguros para tomar las medidas correspondientes, en caso de detectar cualquier inconsistencia en la información consignada en este formulario, eximiendo a la entidad crediticia de toda responsabilidad que se derive de ello.
3. Me obligo con Colmena Seguros a mantener actualizada la información suministrada mediante el presente formulario, por lo cual me comprometo a reportar por lo menos una vez al año los cambios que se hayan generado respecto a la información aquí contenida, de acuerdo con los procedimientos que para tal efecto tenga dispuestos Colmena Seguros.

Declaro que he leído, revisado, entendido y recibido todas y cada una de las condiciones de la presente póliza, que conozco su contenido, cuáles son mis deberes, obligaciones, derechos, los costos y gastos que le son inherentes y sus consecuencias legales y con mi firma y huella acepto integralmente su contenido de la carátula y el anexo de extracto de condiciones de la póliza.		
Firma Autorizada Colmena Seguros Nit: 800.226.175-3	Firma del Asegurado No de Documento de Identidad: 41354660	

INFORMACIÓN COMERCIAL			
Nombre Ejecutivo Comercial Laidy Johanna López	Código Ejecutivo Comercial 020	Cédula Ejecutivo Comercial 1023903999	Ciudad Bogotá

Carátula 1 de 2

Original - Banco

CPS-F-136_VI-07-2016

CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO				
DESCRIPCIÓN CUBRE A:	ASALARIADOS (EMPLEADOS)		INDEPENDIENTES	
	DESEMPLEO INVOLUNTARIO	INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL	INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL	RENTA LIBRE DESTINACIÓN EN CASO O DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL
Sumas y Límites Asegurados	Pago único de seis (6) cuotas mensuales del crédito otorgado por la Entidad Financiera al asegurado, con un límite por cuota mensual de hasta cuatro millones de pesos m/cte (\$4,000,000.00) independientemente del saldo total de la deuda al momento de ocurrencia del evento objeto de cobertura. Si el saldo de la deuda es inferior al total de las 6 cuotas a indemnizar, la diferencia será entregada directamente al asegurado.	Pago de hasta seis (6) cuotas mensuales del crédito otorgado por la Entidad Financiera al asegurado, con un límite por cuota mensual de hasta cuatro millones de pesos m/cte (\$4,000,000.00), en caso de incapacidad total temporal superior a 15 días y de acuerdo con la tabla contemplada en las condiciones generales.	Pago de hasta seis (6) cuotas mensuales del crédito otorgado por la Entidad Financiera al asegurado, con un límite por cuota mensual de hasta cuatro millones de pesos m/cte (\$4,000,000.00), en caso de incapacidad total temporal superior a 15 días y de acuerdo con la tabla contemplada en las condiciones generales.	Pago del 50% del valor asegurado en el amparo de incapacidad total temporal para independientes.
Número de Eventos a Indemnizar	Se indemnizará un número ilimitado de eventos durante la vigencia del Crédito, de conformidad con el límite de la cobertura, debiéndose en todo caso aplicar el Periodo Activo Mínimo después de un Siniestro.	Se indemnizará un número ilimitado de eventos durante la vigencia del Crédito, de conformidad con las tablas de días de incapacidad especificadas en las condiciones generales.	Se indemnizará un número ilimitado de eventos durante la vigencia del Crédito, de conformidad con las tablas de días de incapacidad especificadas en las condiciones generales.	
Periodo Activo Mínimo Después de un Siniestro	Se establece un periodo activo mínimo después de un siniestro de 6 meses.	No se aplica periodo activo mínimo después de un siniestro.	No se aplica periodo activo mínimo después de un siniestro.	
Periodo de Espera	El plazo será de 30 días corrientes continuos.	El plazo será de 15 días corrientes continuos.	El plazo será de 15 días corrientes continuos.	
Periodo de Carenza	Se establece un periodo de carencia único de 30 días corrientes continuos.			
Plazo Máximo de Cobertura del Seguro	La vigencia de la póliza corresponderá a la duración del crédito de consumo sin superar los 72 meses y al crédito hipotecario sin superar los 120 meses.			
Edad Mínima de Ingreso	18 años.			
Edad Máxima de Ingreso	74 años + 364 días.			
Edad Máxima de Permanencia en la Póliza	79 años + 364 días.			

VIGENCIA DEL SEGURO

Para créditos respecto de los cuales los clientes adquirieron el seguro, la cobertura entrará en vigencia a partir de la fecha de desembolso del crédito debiéndose en todo caso aplicar a la cobertura de desempleo, el periodo de carencia definido en las presentes condiciones. El seguro estará vigente hasta el vencimiento de la última cuota del crédito originalmente pactada o hasta el cumplimiento de la edad máxima de permanencia del asegurado en la póliza o hasta el Plazo Máximo de Cobertura del Seguro. Por lo tanto, en esta cobertura no se incluyen las refinanciaciones, extensiones o ampliaciones de plazo y monto del crédito original.

Para créditos respecto de los cuales los clientes adquirieron el seguro en fecha posterior al momento del desembolso del crédito, la cobertura entrará en vigencia a partir de la fecha del diligenciamiento de la solicitud del seguro, debiéndose en todo caso aplicar a la cobertura de desempleo el periodo de carencia y de espera definido en las presentes condiciones. El seguro estará vigente hasta el vencimiento de la última cuota del crédito originalmente pactada o hasta el cumplimiento de la edad máxima de permanencia del asegurado en la póliza o hasta el Plazo Máximo de Cobertura del Seguro. Por lo tanto, en esta cobertura no se incluyen las refinanciaciones, extensiones o ampliaciones de plazo y monto del crédito original.

PRIMA DE SEGURO		CRÉDITO DE CONSUMO	
CRÉDITO HIPOTECARIO			
La prima del seguro de un crédito hipotecario se pagará de manera mensual y se cobrará a partir de la segunda cuota del crédito, y con la misma periodicidad de pago del crédito.			
La prima el resultado de aplicar la tasa con IVA al valor de la cuota del crédito así:		La prima para créditos de consumo será única y será el resultado de aplicar al valor del desembolso, la tasa correspondiente a la duración del crédito de acuerdo con la siguiente tabla:	
Tipo Vivienda	Tarifa con IVA	Plazo en meses	Tasa final con IVA
VIS:	4,70	1 a 12 meses	5,39%
NO VIS:	5,30	13 a 24 meses	6,58%
		25 a 36 meses	7,20%
		37 a 48 meses	7,69%
		49 a 60 meses	8,12%
		61 a 72 meses	8,53%

DECLARACIONES

El Tomador que actúa por cuenta propia declara lo siguiente: **PRIMERO:** Que lo anoto en esta solicitud de seguro es verídico y es mi deseo adherirme al Contrato de Seguro de Desempleo e Incapacidad Total Temporal ofrecido por Colmena Seguros. Que he sido informado acerca de la vigencia del contrato, la suma asegurada, la prima, los riesgos que Colmena Seguros toma a su cargo y las exclusiones del contrato de seguro. Que conozco que las condiciones generales hacen parte de la presente póliza. Así mismo manifiesto que autorizo incluir el valor de la prima mensual del seguro en el extracto de cobro de la cuota del crédito tomado con la Entidad Financiera. Que mi edad no es menor a 18 años, ni mayor a 74 años + 364 días. **SEGUNDO:** Que las actividades a las que me dedico son lícitas y las ejerzo dentro de los marcos legales. **TERCERO:** Que no practico deportes que afecten mi integridad, como los considerados de alto riesgo y las actividades a las que me dedico no generan ningún riesgo ni amenaza contra mi vida. **CUARTO:** Que tratándose de créditos de consumo, autorizo a la Entidad Financiera a recaudar la prima única de seguro en el momento de desembolso del crédito, con cargo a éste, por encontrarse incluida en el valor total a desembolsarse. Así mismo, y una vez efectuado el recibo de la prima, autorizo a la Entidad Financiera, para que efectúe directamente el pago de la misma a Colmena Seguros. **QUINTO:** Que tratándose de créditos hipotecarios, autorizo a la Entidad Financiera a recaudar la prima mensual a partir del segundo mes, una vez se realice el desembolso del crédito y sumado a las cuotas del mismo. Así mismo, una vez efectuado el recibo de la prima, autorizo a la Entidad Financiera para que efectúe directamente el pago de la misma a Colmena Seguros. **SEXTO:** Que autorizo a la Entidad Financiera a que, en calidad de beneficiario efectúe la reclamación ante Colmena Seguros en caso de siniestro. **SEPTIMO:** Que autorizo a la Entidad Financiera para realizar la destrucción del presente documento, en caso de que el Crédito Consumo y/o Crédito Hipotecario no sea aprobado por el mismo. **OCTAVO:** Que acepto que las condiciones de prima y cobertura del seguro dependen del monto y plazo del crédito aprobado por la Entidad Financiera. **NOVENO:** Que autorizo de manera expresa a la Entidad Financiera para que el monto del préstamo solicitado y aprobado sea incrementado en el valor correspondiente a la prima del Seguro. Así mismo, autorizo a la Entidad Financiera a efectuar el pago de dicha prima a Colmena Seguros, con cargo al valor incrementado del crédito. De igual forma, entiendo y acepto que el Seguro de Desempleo e Incapacidad Total Temporal es un producto emitido y administrado por Colmena Seguros. **DECIMO:** Que Autorizo a Colmena Seguros para incluir, consultar, reportar y procesar, a partir de la fecha de expedición de esta solicitud y durante la vigencia de este seguro en cualquier momento, la información allí contenida y/o de cualquier relación comercial con esta aseguradora al ente regulador vigente o a cualquier central de información o base de datos. Estas autorizaciones regirán durante el periodo de vigencia del seguro.

AUTORIZACIÓN PARA SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA

Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 34 de la ley 23 de 1981 o cualquier otra norma que la desarrolle, complemente, amplíe, modifique, o reemplace, autorizo expresamente a Colmena Seguros S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o pedir ante cualquier médico o institución hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva o carta dental. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

IMPORTANTE

Autorización para el tratamiento de Datos Personales:
Autorizo a Colmena Seguros o a quien este ceda sus derechos, sus obligaciones o su posición contractual a cualquier título, en relación con los productos o servicios de los que soy titular a dar tratamiento mis datos personales para: 1) El desarrollo de su objeto social y de la relación contractual que nos vincula; 2) La administración de los productos o servicios comercializados a través de la Compañía de los que soy titular; 3) La remisión de información comercial sobre productos y/o servicios a través de los canales o medios establecidos para tal fin; 4) La adopción de medidas tendientes a la prevención de actividades ilícitas; 5) Consulte, solicite, suministre, reporte, procese, obtenga, recolecte, compile, confirme, intercambie, modifique, emplee, analice, estudie, conserve, reciba y envíe toda la información que se refiere a mi comportamiento crediticio, financiero, comercial.
Para resolver inquietudes acerca del seguro, del tratamiento de sus datos personales y para conocer como tramitar una reclamación visite nuestra página web www.colmenaseguros.com
Defensor del consumidor financiero: defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com o en www.colmenaseguros.com
En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, se le recomienda mantenerse informado al respecto consultando de forma periódica nuestra página web: www.colmenaseguros.com, ingresando a los enlaces Servicio al Cliente/Protección al Consumidor Financiero y Servicio al Cliente/Protección de Datos.
ADVERTENCIA: El cumplimiento de las prestaciones y obligaciones propias del contrato de seguro será exclusiva responsabilidad de Colmena Seguros y, por tanto, la Entidad Financiera, no asume frente al asegurado y/o beneficiario ninguna obligación relacionada con la ejecución del contrato de seguro que da origen a esta transacción.
Toda diferencia sobre cualquier aspecto del seguro, se resolverá entre el Tomador/Asegurado y Colmena Seguros, sin responsabilidad alguna por parte de la Entidad Financiera.
ART. 1068 Código de Comercio. La mora en el pago de la prima de la Póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato. Las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas, verídicas y por lo tanto, cualquier reticencia, error u omisión en la información suministrada tendrá las consecuencias estipuladas en los artículos 1058, 1158y 1161 del Código de Comercio.
Para conocer un extracto de las condiciones generales de la presente póliza consulte el documento anexo a esta solicitud, para conocer todas las condiciones puede visitar nuestra página web www.colmenaseguros.com.

Carátula 2 de 2

La presente solicitud hace parte integrante de la póliza identificada con el código 01/08/2016-1425-P-24-2402-V1-01-2016

CPS-F-136_V1-07-2016



SOLICITUD / PÓLIZA SEGURO DE VIDA


 REFERENCIA/N°POLIZA
1373987

IMPORTANTE: La siguiente información corresponde a datos sensibles los cuales no se encuentran obligados a proporcionar pero que son necesarios para la evaluación del riesgo y tomar una decisión sobre su aceptación. Dicha información será utilizada con la única finalidad de conocer el estado del riesgo dentro del proceso de suscripción del contrato de seguro. Conteste todas las preguntas con absoluta veracidad, ya que la inexactitud produce la anulación del seguro de vida. Si Usted no goza de buena salud, lo remitiremos a los exámenes médicos exigidos por la Aseguradora, para determinar otras condiciones especiales en su seguro de vida.

COBERTURAS APLICABLES DE ACUERDO A CADA LÍNEA DE CRÉDITO		
1. Vivienda: Vida, Incapacidad Total y Permanente, Enfermedades Graves y Beneficios por hospitalización.	2. Consumo: Vida, Incapacidad Total y Permanente, Enfermedades Graves y Beneficios por hospitalización.	3. Rotativos y Libranza: Vida e Incapacidad Total y Permanente.
TOMADOR/ASEGURADO: El Tomador es la persona por cuenta propia. BENEFICIARIO: BANCO CAJA SOCIAL NIT: 860.007.335-4		
TIPO DE PÓLIZA: Individual	TIPO DE DEUDOR: Deudor Principal ☒ Deudor Solidario ☐	TIPO DE CRÉDITO: Consumo ☒ Comercial ☐ Rotativo ☐ Vehículos ☐ Vivienda ☐ Libranza ☐ Otros ☐ Cuál?

DATOS DEL ASEGURADO (Para ser diligenciado únicamente por el asegurado)		C.C.O.C.B. 41.364.660		FECHA NACIMIENTO 06/01/1942	
NOMBRES Y APELLIDOS: Luz Gladys Lopez de Sabazar		CIUDAD: Bogotá		TELÉFONO: 8658215	
DIRECCIÓN DOMICILIO: 24 N 7-94 SUR		ESTADURA: 65		VALOR DEL CRÉDITO SOLICITADO: 25000.000	
OCCUPACIÓN / ACTIVIDAD ESPECÍFICA: Rentista de Capital		Valor asegurado: El valor asegurado corresponderá al saldo insoluto del crédito o al valor del desembolso según la línea de crédito.			

BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO (Únicamente para Créditos diferentes a Vivienda)		
NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN
1		
2		
3		
4		
100%		

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD	
¿ES PENSIIONADO POR INVALIDEZ?	
1. ¿Le han diagnosticado o ha recibido algún tratamiento o cirugía, le han practicado pruebas o exámenes de diagnóstico o tiene conocimiento de padecer o haber padecido cualquiera de las siguientes enfermedades o condiciones de salud? 2. ¿Le han detectado la presencia de anticuerpos contra el virus VIH productor del SIDA, ha sido VIH positivo o le han diagnosticado con SIDA? 3. ¿Ha sufrido de algún accidente o evento violento, o tiene algún tipo de incapacidad o limitación física o mental? 4. ¿Está tomando medicamentos o está bajo algún tipo de estudio o tratamiento por síntomas, manifestaciones o molestias, o cirugías pendientes? 5. ¿Consumo bebidas alcohólicas más de tres veces por semana o en exceso o consume sustancias psicoactivas? 6. ¿Padece o ha padecido enfermedades de tipo congénito, neurológico, cardiovascular o enfermedades como Hipertensión Arterial, infarto o enfermedad de las arterias coronarias, cáncer, leucemias, infomias, Diabetes, Asma, trombosis, derrames o eventos cerebrovasculares, anemias, enfisema pulmonar EPOC, artritis reumatoide, cirrosis, insuficiencia renal, epilepsia, tumores, trastornos inmunológicos o reumatológicos, lupus, enfermedades mentales, le han hecho tratamiento quirúrgico por obesidad? 7. Si responde afirmativamente a alguna de las preguntas anteriores, indique la enfermedad o padecimiento:	
a. Nombre de la enfermedad o padecimiento: b. Fecha del diagnóstico: c. Tratamientos médicos o cirugías realizadas: d. Secuelas o complicaciones: e. Estado actual de la enfermedad o padecimiento: f. Tratamiento actual de la enfermedad o padecimiento:	
8. (SOLO PARA MUJERES) ¿Se encuentra en estado de embarazo? Cuantos meses: Cuantos embarazos anteriores: Cesáreas: Abortos:	

INFORMACIÓN FINANCIERA			
ACTIVOS	INGRESOS MENSUALES	OTROS INGRESOS	CONCEPTO OTROS INGRESOS
\$ 1.500.000	\$ 2.500.000		
PASIVOS	EGRESOS MENSUALES	1. ¿Ha reclamado por siniestro anteriormente a esta Compañía? SI ☐ NO ☒ 2. ¿Ha presentado reclamaciones por siniestro a otra Compañía de Seguros Vida? SI ☐ NO ☒	
\$ 200.000	\$ 200.000		
Si la respuesta a las preguntas 1 o 2 es afirmativa, detalle el año, la Compañía, el ramo y el valor del reclamo:			
OPERACIONES FINANCIERAS EN MONEDA EXTRANJERA			
¿Tiene usted productos financieros en moneda extranjera? SI ☐ NO ☒ ¿Realiza usted transacciones en moneda extranjera? SI ☐ NO ☒			
TIPO DE PRODUCTO	ENTIDAD	COD. PRODUCTO	PAÍS

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS	
Obando en nombre propio de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realice la siguiente declaración de origen de fondos con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado por la Superintendencia Financiera, el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, la Ley 190 de 1995, Ley 1474 de 2011 o cualquier norma que las modifique, amplíe o sustituya y demás normas de aplicación del Fondo de Previsión Social y del Fondo de Inversión del Terrestre para el sector asegurador.	
1. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (DEBE DETALLAR OCUPACIÓN, OFICIO, ACTIVIDAD, NEGOCIO, ETC.): Rentista de Capital 2. Declaro que mis recursos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione. 3. Autorizo a Colmena Seguros para tomar las medidas correspondientes, en caso de detectar cualquier inconsistencia en la información consignada en este formulario, eximiendo a la entidad crediticia de toda responsabilidad que se derive de ello. 4. Me obligo con Colmena Seguros a mantener actualizada la información suministrada mediante el presente formulario, para lo cual me comprometo a reportar por lo menos una vez al año los cambios que se hayan generado respecto a la información aquí contenida, de acuerdo con los procedimientos que para tal efecto tenga dispuestos Colmena Seguros.	

AUTORIZACIONES Y OTRAS DECLARACIONES DE LOS ASEGURADOS	
1. Declaro en mi nombre que lo anotado en esta solicitud de seguro es verídico. Que las actividades a las que me dedico no generan ningún riesgo ni amenaza contra mi vida. 2. Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 34 de la Ley 23 de 1981, autorizo expresamente a Colmena Seguros a que, aún después de mi fallecimiento, verifique y pida ante cualquier médico, odontólogo o cualquier institución hospitalaria, la información y/o copia de mi historia clínica y/o carta dental. 3. Autorizo a Colmena Seguros para incluir, consultar, reportar y procesar, a partir de la fecha de expedición de esta solicitud y durante la vigencia de este seguro en cualquier momento, la información allí contenida y/o de cualquier relación comercial con esta aseguradora al ente regulador vigente o a cualquier entidad de información o base de datos, u otras aseguradoras del sector. 4. Para resolver inquietudes acerca del seguro, del tratamiento de sus datos personales favor comunicarse con la línea de atención al cliente de Colmena Seguros a los números en Bogotá: 401 0447; Medellín 444 1246; Cali 403 6400; Barranquilla 353 7559 y a nivel nacional al 800 919 667. Defensor del Consumidor Financiero: defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com o en www.colmenaseguros.com. En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, le recomendamos mantenerse informado al respecto consultando de forma periódica nuestra página web: www.colmenaseguros.com, ingresando a los enlaces Servicio al Cliente/Protección al Consumidor Financiero y Servicio al Cliente/Protección de Datos. 5. ART. 1058 Código de Comercio. La mora en el pago de la prima de la Póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato. ART. 1152 Código de Comercio. El no pago de las primas dentro del mes siguiente a la fecha de cada vencimiento, producirá la terminación del contrato. 6. Para las condiciones generales de la presente póliza las visite www.colmenaseguros.com y al respaldo de esta solicitud.	

VIGENCIA DE LA PÓLIZA	
La vigencia de esta póliza y por ende su cobertura, iniciará desde la fecha de desembolso del crédito observando lo dispuesto en las condiciones de la póliza en cuanto a "inicio de cobertura" citadas al respaldo de este certificado. La póliza estará vigente por toda la duración del crédito mientras el asegurado efectúe el pago de la prima y el seguro se renovará de manera automática por los periodos iguales a los inicialmente contratados en los periodos de pago siempre y cuando efectúe el pago de la prima.	
PRIMA DEL SEGURO	
El valor mensual de la(s) prima(s) se encuentra(n) incluido(s) en la cuota de crédito que cobra la entidad financiera beneficiaria a título oneroso de acuerdo a la periodicidad de cobro, y esta corresponde, para créditos de vivienda aplicar la tarifa acordada al saldo insoluto del crédito por género y edad alcanzada y para créditos de Consumo al valor del desembolso por edad alcanzada según lo establecido en las condiciones de la presente póliza, citadas al respaldo de este certificado. Para otras modalidades de crédito se especificará en las condiciones particulares.	

Este documento es una solicitud de seguro, por lo tanto su validez como póliza de seguro requiere de la aceptación de la aseguradora. Se entenderá aceptado el riesgo en las condiciones declaradas por el solicitante cuando se desembolse el crédito excepto que se haya aceptado en condiciones especiales o se haya rechazado por parte de la aseguradora, caso en el cual la aseguradora informará de manera formal por escrito.		PARA CONSTANCIA SE FIRMA Y RECIBE EN: Ciudad: Bogotá 22/06/2018 ESPACIO PARA OBSERVACIONES DEL ASESOR Ninguna
FIRMA ASEGURADO 28/02/2017-1425-P-3704-VA_02/2017 Referencia a Nota Técnica 08/01/2016-1425-NIT-P-3704-VI_09/2015	CC: 41.364.660 FIRMA AUTORIZADA COMPAÑÍA DE SEGUROS - BANCO -	HUELLA DACTILAR INDICE DERECHO Un producto Colmena Seguros Nro: 800.326.753 CPS-P-119-V1.1_03/2017

Colmena Seguros, quien en adelante y para los efectos de este contrato se denominará **La Compañía**, con sujeción a las declaraciones contenidas en la solicitud presentada por el Tomador/ Asegurado, otorga el siguiente seguro de vida individual temporal para deudores de entidades financieras, sujeto a las siguientes Condiciones Generales.

Forman parte de este Contrato, los anexos, las declaraciones de asegurabilidad, los certificados médicos, los parámetros técnicos fijados por la Superintendencia Financiera de Colombia y cualquier otro documento escrito y aceptado por las Partes, que guarde relación con el presente contrato de seguro.

CONDICIONES GENERALES

CONDICIÓN PRIMERA. OBJETO DE LA PÓLIZA. PROTEGER CONTRA LOS RIESGOS DE MUERTE E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, Y DEMÁS RIESGOS PREVISTOS EN ESTA PÓLIZA, A LOS DEUDORES PRINCIPALES Y SOLIDARIOS, DE CUALQUIER LÍNEA DE CRÉDITO, INCLUIDAS, PERO SIN LIMITARLAS, LAS SIGUIENTES: HIPOTECARIOS, MICROCRÉDITO, COMERCIAL, LIBRE DESTINO, ROTATIVO, LIBRANZA, VEHÍCULO, ASÍ COMO A LOS LOCATARIOS EN CONTRATOS DE LEASING, DE ENTIDADES FINANCIERAS, ADQUIRIENDO ÉSTAS, EN TODOS LOS CASOS, LA CALIDAD DE PRIMER BENEFICIARIO A TÍTULO ONEROSO.

CONDICIÓN SEGUNDA. AMPAROS BÁSICOS:

- 1. MUERTE POR CUALQUIER CAUSA:** MEDIANTE ESTE AMPARO **LA COMPAÑÍA** PAGARÁ AL BENEFICIARIO LA SUMA ASEGURADA, UNA VEZ COMPROBADO LEGALMENTE EL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA POR CUALQUIER CAUSA NATURAL NO PREEXISTENTE O ACCIDENTAL, INCLUYENDO EL SUICIDIO Y EL HOMICIDIO.

PARA EFECTOS DE DETERMINAR LA COBERTURA DEL AMPARO BÁSICO DE VIDA SE ENTENDERÁ QUE LA FECHA DE LA MUERTE CONSTITUYE LA REALIZACIÓN DEL RIESGO, ES DECIR, LA FECHA DEL SINIESTRO. SI LA MUERTE DEL ASEGURADO SE DECLARA EN VIRTUD DE SU DESAPARECIMIENTO, LA FECHA DEL SINIESTRO CORRESPONDERÁ A LA FECHA DE MUERTE PRESUNTA ESTABLECIDA EN LA SENTENCIA.

- 2. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE (ITP):** PARA EFECTOS DE ESTE SEGURO, SE ENTIENDE POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO MENOR DE 70 AÑOS, LA INCAPACIDAD ESTRUCTURADA DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE SEGURO Y CALIFICADA MÉDICAMENTE CON UN GRADO DE INVALIDEZ IGUAL O SUPERIOR AL CINCUENTA POR CIENTO (50%) POR LA JUNTA REGIONAL O NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ, O POR LAS ENTIDADES COMPETENTES DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL (EPS, ARL, AFP), CON BASE EN EL MANUAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE AL MOMENTO DE LA RECLAMACIÓN.

PARA TODOS LOS MIEMBROS DEL GRUPO ASEGURADO, SON CONDICIONES CONCURRENTES E INDISPENSABLES PARA QUE OPERE ESTE AMPARO LAS SIGUIENTES:

- A. QUE EL PORCENTAJE DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL SEA CALIFICADO IGUAL O SUPERIOR AL 50%.
- B. QUE LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA INVALIDEZ CONTENIDA EN EL DICTAMEN DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL, SE ENCUENTRE DENTRO DE LA VIGENCIA DEL SEGURO.

DE CONFORMIDAD CON LO ANTERIOR, LAS PERSONAS QUE HACEN PARTE DE REGÍMENES ESPECIALES DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL, TAMBIÉN DEBERÁN ACREDITAR QUE SU INCAPACIDAD CUMPLE CON LAS CONDICIONES MENCIONADAS ANTERIORMENTE.

CON EL FIN DE DETERMINAR LA COBERTURA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE SE ENTENDERÁ QUE LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE CONSTITUYE LA REALIZACIÓN DEL RIESGO, ES DECIR LA FECHA DEL SINIESTRO.

UNA VEZ PAGADA LA INDEMNIZACIÓN POR EL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE TERMINA LA COBERTURA PARA LOS AMPAROS DE VIDA, ENFERMEDADES GRAVES Y BENEFICIOS POR HOSPITALIZACIÓN, SI FUERON CONTRATADOS, CESANDO LA RESPONSABILIDAD DE **LA COMPAÑÍA**.

CONDICIÓN TERCERA. AMPAROS ADICIONALES. CUANDO EXPRESAMENTE SE INDIQUE EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, SE PODRÁN OTORGAR LOS SIGUIENTES AMPAROS ADICIONALES:

I. ENFERMEDADES GRAVES: LA COMPAÑÍA PAGARÁ AL BENEFICIARIO LA SUMA ASEGURADA, SI DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA LE ES DIAGNOSTICADA MÉDICAMENTE AL ASEGURADO CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES GRAVES:

- **CÁNCER:** LA PRESENCIA DE UN TUMOR MALIGNO CARACTERIZADO POR EL CRECIMIENTO Y LA DISPERSIÓN INCONTROLABLE DE CÉLULAS MALIGNAS Y LA INVASIÓN DEL TEJIDO. ESTO INCLUYE LEUCEMIA, LINFOMAS, LA ENFERMEDAD DE HODGKING Y MELANOMAS MALIGNOS.
- **ACCIDENTE O ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR:** SE ENTIENDE POR ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR AQUEL EVENTO MÉDICO EN EL CUAL EXISTE UNA DESTRUCCIÓN DEL TEJIDO CEREBRAL CAUSADA POR TROMBOSIS, HEMORRAGIA O EMBOLIA DE FUENTE EXTRACRANEAL, QUE GENERA SECUELAS DE DISFUNCIÓN NEUROLÓGICA PERMANENTE.
- **INSUFICIENCIA RENAL:** EL FALLO TOTAL, CRÓNICO E IRREVERSIBLE DE AMBOS RIÑONES, A CONSECUENCIA DE LO CUAL HAYA QUE EFECTUAR REGULARMENTE DIÁLISIS RENAL.
- **INFARTO AL MIOCARDIO:** MUERTE DEL MIOCARDIO A CONSECUENCIA DE ABASTECIMIENTO SANGUÍNEO INADECUADO PROBADADO MEDIANTE EL HISTORIAL DE DOLORES DE PECHO, ALTERACIONES RECIENTES DE ECOCARDIOGRAMA Y ENCIMAS CARDIACAS ELEVADAS.
- **INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA POR ENFERMEDADES DE LAS ARTERIAS CORONARIAS:** AFECCIONES DE LAS ARTERIAS CORONARIAS EVIDENCIADAS POR EL RESULTADO DE UNA ANGIOGRAFÍA Y QUE POR RECOMENDACIÓN DE UN ESPECIALISTA HAYAN SIDO TRATADAS CON UNA OPERACIÓN DE BYPASS O PUENTE CORONARIO PARA CORREGIR UNA ESTENOSIS U OCLUSIÓN EN LAS ARTERIAS CORONARIAS.

- 2. BENEFICIOS POR HOSPITALIZACIÓN:** SE OTORGA ESTA COBERTURA EN CASO QUE EL ASEGURADO SEA HOSPITALIZADO COMO CONSECUENCIA DE UNA ENFERMEDAD NO PREEXISTENTE O DE UN ACCIDENTE, DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES DE COBERTURA ESTABLECIDAS EN LAS CONDICIONES PARTICULARES.

CONDICIÓN CUARTA. EXCLUSIONES PARA TODOS LOS AMPAROS DE LA PÓLIZA. CUALQUIERA DE LOS AMPAROS OTORGADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA NO CUBREN PÉRDIDA ALGUNA QUE SEA CONSECUENCIA DE:

- a. LA MUERTE, INCAPACIDAD, ENFERMEDAD U HOSPITALIZACIÓN DEL ASEGURADO ORIGINADA O DERIVADA POR CUALQUIER CAUSA, PATOLOGÍA O ENFERMEDAD, FÍSICA O MENTAL, CONGÉNITA O ADQUIRIDA, PREEXISTENTE, QUE HAYA SIDO DIAGNOSTICADA, O CONOCIDA POR EL ASEGURADO, O POR LA CUAL SE HAYA RECIBIDO TRATAMIENTO, O QUE POR SUS SÍNTOMAS O SIGNOS NO PUDIESE PASAR DESAPERCIBIDA, Y NO HAYA SIDO DECLARADA POR EL ASEGURADO CON ANTERIORIDAD A LA CONTRATACIÓN DEL SEGURO.
- b. LA MUERTE, INCAPACIDAD, ENFERMEDAD U HOSPITALIZACIÓN DEL ASEGURADO CAUSADA U ORIGINADA CON OCASIÓN O EN EL EJERCICIO DE ACTIVIDADES ILÍCITAS.
- c. PARA LOS EFECTOS DEL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE (ITP), Y RESPECTO DE LOS ASEGURADOS QUE HACEN PARTE DE RÉGIMENES ESPECIALES COMO LO SON EL MAGISTERIO, LAS FUERZAS MILITARES Y DE POLICÍA, ENTRE OTROS, SE ENTIENDE NO CUBIERTA LA INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL (IPP) QUE SUFRA EL ASEGURADO.

CONDICIÓN QUINTA. EXCLUSIONES PARA LOS AMPAROS ADICIONALES DE LA PÓLIZA. EN RELACIÓN CON LOS AMPAROS ADICIONALES QUE SE OTORGUEN, LA PRESENTE PÓLIZA NO CUBRE PÉRDIDA ALGUNA QUE SEA A CONSECUENCIA DE, EN RELACIÓN CON O CUANDO:

PARA EL AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES:

- a. TUMORES Y CÁNCER DE LA PIEL
- b. CÁNCER IN SITU NO INVASIVO EN CUALQUIER ÓRGANO
- c. CÁNCER DE SENO Y MATRIZ
- d. PARA EL CASO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR, NO SE INCLUYEN TRAUMAS CRANEOENCEFÁLICOS NI ACCIDENTES VASCULARES ISQUÉMICOS TRANSITORIOS O ACCIDENTES DE LOS QUE EL ASEGURADO PUEDA RECUPERARSE COMPLETAMENTE DENTRO DE LAS SEIS (6) SEMANAS SIGUIENTES AL MISMO.
- e. PARA EL CASO DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA POR ENFERMEDAD DE LAS ARTERIAS CORONARIAS, SE EXCLUYEN LA ANGIOPLASTIA, TRATAMIENTO LÁSER, OPERACIONES DE VÁLVULAS, OPERACIÓN POR TUMORACIÓN INTRACARDIACA O ALTERACIÓN CONGÉNITA.
- f. EL ASEGURADO PADECE Y/O SE LE DIAGNOSTICA UNA DE LAS ENFERMEDADES CUBIERTAS A CONSECUENCIA DE O EN CONEXIÓN CON EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA), LA PRESENCIA DEL VIRUS VIH, ENFERMEDAD DE TIPO SIMILAR BAJO CUALQUIER NOMBRE, ASÍ COMO DE CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD DERIVADA DE ESTE VIRUS

PARA EL AMPARO DE BENEFICIOS POR HOSPITALIZACIÓN:

- a. CIRUGÍA PLÁSTICA O COSMÉTICA, A MENOS QUE SEA NECESARIA PRACTICARLA COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE OCURRIDO EN LA VIGENCIA DEL SEGURO.
- b. EMBARAZO, PARTO O ABORTO Y LAS COMPLICACIONES QUE SURJAN DE ELLOS

CONDICIÓN SEXTA. VALORES ASEGURADOS EN LOS AMPAROS BÁSICOS:

BÁSICO DE VIDA: Para créditos hipotecarios o contratos de leasing, será el saldo insoluto de la deuda del crédito amparado por el presente seguro.

Por saldo insoluto de la deuda se entiende el capital no pagado más los intereses corrientes calculados a la fecha de fallecimiento a la tasa pactada para el respectivo crédito.

En el evento de mora en las obligaciones se comprenderán, además, los intereses moratorios y las primas del seguro de vida no canceladas por el deudor.

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE: Para créditos hipotecarios o contratos de leasing, será el saldo insoluto de la deuda del crédito amparado por el presente seguro.

Por saldo insoluto de la deuda se entiende el capital no pagado más los intereses corrientes calculados a la fecha en la cual **La Compañía** informe por escrito su aceptación respecto de la declaratoria de incapacidad total y permanente del asegurado, a la tasa pactada para el respectivo crédito.

En el evento de mora en las obligaciones se comprenderán, además, los intereses moratorios y las primas del seguro de vida no canceladas por el deudor.

PARÁGRAFO: Tratándose de créditos distintos a hipotecarios y contratos de leasing, el valor asegurado podrá corresponder al valor inicial del crédito (valor del desembolso) o al saldo insoluto de la deuda, según se establezca en condiciones particulares.

Si el valor asegurado contratado corresponde al valor inicial del crédito (valor del desembolso), el primer beneficiario a título oneroso será la entidad financiera que otorgó el crédito, hasta por el saldo insoluto de la deuda y la diferencia, si la hubiere, se pagará a los beneficiarios designados por el asegurado, o en su defecto, a los beneficiarios determinados en la ley.

CONDICIÓN SÉPTIMA. VALORES ASEGURADOS EN LOS AMPAROS ADICIONALES:

ENFERMEDADES GRAVES: La suma asegurada en el amparo de enfermedades graves será el equivalente al 10% del valor de la deuda para cualquiera de los tipos de crédito amparados.

Esta cobertura opera una sola vez durante toda la vigencia de la póliza. En consecuencia ningún asegurado será indemnizado dos veces por el amparo de enfermedades graves.

BENEFICIOS POR HOSPITALIZACIÓN: Si el asegurado es hospitalizado entre once (11) y treinta (30) días continuos, mediante éste amparo se cubre el valor de una (1) cuota del crédito.

Si la hospitalización se prolonga por más de treinta (30) días continuos, se cubrirá una cuota adicional del crédito por cada mes adicional de hospitalización continuo, sin superar seis (6) cuotas.

Esta cobertura operará máximo una vez por año calendario.

Si se presenta simultáneamente una reclamación por beneficios por hospitalización y enfermedades graves y el saldo insoluto de la deuda queda cubierto con la indemnización de beneficios por hospitalización, el valor de la indemnización por el amparo de enfermedades graves será entregado al asegurado.

CONDICIÓN OCTAVA. SEGURO CONJUNTO. Esta póliza contempla la posibilidad de contratar el seguro de manera conjunta para dos o más asegurados en beneficio unos de otros, respecto de una misma deuda, para los amparos Básico de Vida e Incapacidad Total y Permanente.

Cuando existan dos (2) asegurados respecto de una misma deuda y cada uno de ellos se encuentre cubierto a través de la presente póliza de Vida Individual Deudor, y se produzca la realización del riesgo asegurado respecto de cualquiera de ellos, el seguro terminará para el asegurado sobreviviente o para el no incapacitado total y permanentemente, en la fecha de fallecimiento o declaratoria de incapacidad total y permanente del primero de los asegurados respecto del cual se realizó el riesgo y se canceló la indemnización correspondiente.

Si los asegurados fallecen simultáneamente en el mismo evento la cobertura del seguro se reconocerá para cada uno de ellos.

En tal caso, **La Compañía** pagará a la entidad financiera el saldo insoluto de la deuda y a los beneficiarios de cada asegurado el 50% del mismo valor.

Lo anterior, sin perjuicio de los valores remanentes de la suma asegurada que **La Compañía** deba pagar a los beneficiarios de cada asegurado.

CONDICIÓN NOVENA. EDADES MÍNIMAS Y MÁXIMAS DE INGRESO Y PERMANENCIA. La edad mínima de ingreso a la póliza es 18 años. La edad máxima de ingreso para la cobertura Básica de Vida es de 75 años + 364 días con permanencia hasta la cancelación de la deuda.

La edad máxima de ingreso para las coberturas de Incapacidad Total y Permanente, Enfermedades Graves y Beneficios por Hospitalización es de 69 años + 364 días con permanencia hasta los 70 años + 364 días.

CONDICIÓN DÉCIMA. DECLARACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO: El Tomador/Asegurado, de conformidad con lo establecido en el artículo 1058 del código de comercio, se obliga a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinen el estado del riesgo según los cuestionarios que le sean propuestos por **La Compañía**.

La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que conocidas por **La Compañía** la hubiesen retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas, producirán la nulidad relativa del contrato de seguro.

Sin embargo, si la inexactitud o la reticencia son imputables a error inculpable del Tomador/Asegurado el contrato no será nulo, pero en caso de siniestro **La Compañía** únicamente estará obligada a pagar un porcentaje de la prestación asegurada equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente, respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado de riesgo.

Las sanciones establecidas en esta condición no se aplicarán si **La Compañía**, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debió conocer los hechos o circunstancias sobre los cuales versan los vicios de la declaración o si ya celebrado el contrato se allana a subsanarlos expresa o tácitamente.

CONDICIÓN DÉCIMA PRIMERA. IRREDUCTIBILIDAD DE LA SUMA ASEGURADA. De conformidad con lo establecido en el artículo 1160 del Código de Comercio, una vez transcurridos dos (2) años en vida del asegurado, contados desde la fecha de perfeccionamiento del contrato o desde la fecha de perfeccionamiento de su rehabilitación o desde la fecha de aprobación del aumento de la suma asegurada, según el caso, y encontrándose éste vigente, el valor del seguro no podrá ser reducido por causa de error en la declaración de asegurabilidad.

Este beneficio no se extiende a los amparos adicionales.

CONDICIÓN DÉCIMA SEGUNDA. VIGENCIA DE LA PÓLIZA. La póliza se mantendrá vigente mientras se efectúe el pago de la prima de acuerdo a la periodicidad de pago establecida.

CONDICIÓN DÉCIMA TERCERA. INICIO DE LA COBERTURA. La cobertura de la póliza iniciará para los créditos nuevos desde la fecha de desembolso del crédito y para los créditos en curso desde la fecha de aceptación del riesgo por parte de **La Compañía**.

CONDICIÓN DÉCIMA CUARTA. CALCULO DE LA PRIMA. Si el valor asegurado corresponde al saldo insoluto de la deuda, la prima se calculará aplicando al saldo insoluto de la deuda la tarifa correspondiente al género y la edad alcanzada, de acuerdo a las coberturas concedidas o el plan seleccionado. En este caso, el valor sobre el cual se liquida la prima será variable durante la existencia del crédito.

Si el valor asegurado corresponde al valor inicial del crédito (desembolso), es decir que el valor asegurado es constante durante toda la vigencia de la póliza, la prima se calculará aplicando al valor asegurado la tarifa correspondiente al género y la edad que resulte de: sumar a la edad alcanzada al momento de suscribir la póliza, la mitad del tiempo en años del plazo del crédito.

CONDICIÓN DÉCIMA QUINTA. PAGO DE PRIMAS. El pago de la prima de la presente póliza se podrá realizar:

- Mediante débito automático a la cuenta bancaria de donde se efectúe simultáneamente el pago de la cuota del crédito,
- De tarjeta de crédito previamente autorizada por el Tomador/Asegurado.
- Pago directo a cuenta recaudadora de **La Compañía**

El tomador/ asegurado dispone de un plazo de treinta (30) días corrientes sin recargo de intereses, para el pago de la prima.

CONDICIÓN DÉCIMA SEXTA. REAJUSTE DE VALORES ASEGURADOS. Si la entidad financiera prórroga, refinancia, nova el crédito al Asegurado o le otorga un nuevo crédito, el mismo no será objeto de cobertura por la presente póliza. En tal caso, el Tomador/Asegurado podrá solicitar a **La Compañía** el otorgamiento de una nueva póliza.

Para el otorgamiento de un nuevo seguro en las anteriores circunstancias, **La Compañía** mantendrá las condiciones de asegurabilidad y antigüedad hasta por la suma asegurada establecida en la primera póliza.

En caso de que el valor del nuevo crédito sea superior a la suma asegurada establecida en la primera póliza, **La Compañía** podrá solicitar requisitos de asegurabilidad adicionales.

CONDICIÓN DÉCIMA SÉPTIMA. CONVERTIBILIDAD DE LA PÓLIZA. Si el seguro termina porque se extingue íntegramente la obligación crediticia, los asegurados cuya edad sea igual o menor a 75

años que hayan permanecido asegurados en la presente póliza por lo menos un año continuo, tendrán derecho a ser asegurados sin requisitos médicos o de asegurabilidad, hasta por una suma asegurada igual a la establecida y por la misma duración del presente seguro, en cualquiera de los planes de seguro de vida individual de los que estén autorizados a **La Compañía**, siempre y cuando lo solicite dentro de los treinta (30) días comunes siguientes, contados a partir de la fecha en que se extinga la obligación amparada por este seguro.

Si el asegurado fallece dentro del plazo para solicitar la póliza individual, conforme lo dispuesto en el párrafo anterior, sin que ella se hubiere expedido por **La Compañía** (medie o no solicitud de seguro o pago de prima), sus beneficiarios tendrán derecho a la prestación asegurada en el amparo básico de vida, caso en el cual se deducirá de la indemnización el valor de la prima correspondiente. Esta condición no se aplica a los amparos de Incapacidad Total y Permanente, Enfermedades Graves ni Beneficios por Hospitalización.

La prima a pagar será la que corresponda al género y edad alcanzada al momento de la convertibilidad.

CONDICIÓN DÉCIMA OCTAVA. TERMINACIÓN DE ESTE SEGURO. Este seguro termina en los siguientes casos:

- a. Por mora en el pago de la prima vencido del plazo otorgado para tal fin en la condición DÉCIMA QUINTA.
- b. Por solicitud del Tomador/Asegurado mediante aviso escrito a **La Compañía** con un plazo no menor a sesenta (60) días, para que **La Compañía** pueda dar cumplimiento a lo pactado en la condición VIGÉSIMA.
- c. Cuando la obligación crediticia se extinga íntegramente
- d. Por el fallecimiento del asegurado
- e. Por pago de la suma asegurada en el amparo de incapacidad total y permanente
- f. Por el pago de la suma asegurada en el seguro conjunto

Salvo el amparo de Vida e Incapacidad Total y Permanente, los demás amparos podrán ser revocados unilateralmente por **La Compañía** mediante el envío de una comunicación escrita dirigida al asegurado con por lo menos diez (10) días hábiles de antelación a la terminación efectiva del amparo.

La terminación de este seguro no perjudicará las reclamaciones originadas antes de dicha cancelación.

Si después de la terminación de este seguro **La Compañía** llegare a recibir cualquier prima, no significará que el seguro ha sido restablecido y por lo tanto, la obligación de **La Compañía** se limitará a la devolución de dichas primas.

CONDICIÓN DÉCIMA NOVENA. MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA. El seguro terminará de manera automática por el no pago de la prima vencido del plazo otorgado para tal fin en la condición DÉCIMA QUINTA.

No obstante lo anterior, la entidad financiera en su condición de beneficiario oneroso podrá pagar por el asegurado las primas en mora correspondientes al valor de la garantía, para evitar la terminación automática del contrato de seguro.

Si posteriormente el asegurado paga las primas que fueron pagadas por la entidad financiera, el valor de las mismas le será restituido a la Entidad.

En todo caso, **La Compañía** deberá dar aviso a la entidad financiera en su condición de primer beneficiario a título oneroso, por escrito y con un mes de anticipación, el hecho que el asegurado incurrió en mora en el

pago de la prima, a efecto de que aquella pueda ejercer la facultad que consagra la presente condición.

CONDICIÓN VIGÉSIMA. AVISO AL BENEFICIARIO ONEROSO SOBRE LA REVOCACIÓN DE LA PÓLIZA. En los casos de mora en el pago de la prima o solicitud de revocación por parte del Tomador/Asegurado, la presente póliza no podrá ser revocada por **La Compañía** en lo que respecta a los amparos Básico de Vida e Incapacidad Total y Permanente sin el aviso escrito al Tomador/Asegurado y al beneficiario oneroso con no menos de un (1) mes de antelación a la fecha prevista de revocación.

Tratándose de coberturas diferentes a Vida e Incapacidad Total y Permanente, **La Compañía** podrá revocarlas mediante aviso escrito al Tomador/Asegurado con no menos de diez (10) días de antelación, contados a partir de la fecha de envío de la comunicación.

El pago de primas con posterioridad a la revocación no reestablece las coberturas de la póliza.

CONDICIÓN VIGÉSIMA PRIMERA. BENEFICIARIOS. En caso de siniestro la suma asegurada contratada en la póliza será pagada a:

- a. El primer beneficiario a título oneroso hasta el saldo insoluto de la deuda
- b. Respecto de los valores remanentes si los hubiera, a los beneficiarios gratuitos designados por el asegurado o a los beneficiarios legales cuando no se designe beneficiario, la designación se haga ineficaz o quede sin efecto por cualquier causa.

CONDICIÓN VIGÉSIMA SEGUNDA. CAMBIO DE BENEFICIARIOS. La designación de beneficiario a título oneroso no podrá ser revocada ni modificada por el asegurado sin la previa y expresa autorización del beneficiario oneroso.

La designación de beneficiarios a título gratuito podrá ser revocada o modificada por el asegurado en cualquier tiempo mientras la póliza se encuentre vigente, mediante comunicación escrita dirigida a **La Compañía**.

La revocación o modificación de beneficiarios surtirá efecto desde el momento en que dicha comunicación sea entregada en **La Compañía**.

CONDICIÓN VIGÉSIMA TERCERA. AVISO DE SINIESTRO. El beneficiario y/o asegurado deberá dar aviso a **La Compañía** del acaecimiento del siniestro dentro de los diez (10) días siguientes a aquel en que haya conocido o debido conocer el siniestro.

CONDICIÓN VIGÉSIMA CUARTA. PAGO DEL SINIESTRO. De conformidad con el artículo 1080 del Código de Comercio el pago del siniestro será efectuado por **La Compañía** a los beneficiarios dentro del término legal de un mes contado a partir de la fecha en que se acredite la ocurrencia del siniestro, de acuerdo con lo establecido en el artículo 1077 del mismo estatuto.

CONDICIÓN VIGÉSIMA QUINTA. ERROR EN LA EDAD. De conformidad con el artículo 1161 del Código de Comercio, si **La Compañía** llegare a comprobar inexactitud en la declaración de la edad del asegurado, se aplicarán las siguientes reglas según el caso:

- a. Si la edad verdadera está fuera de los límites autorizados por las tarifas de **La Compañía**, el contrato quedará automáticamente sujeto a lo previsto en el artículo 1058 del Código de Comercio, es decir la nulidad relativa.

- b. Si la edad verdadera es mayor que la declarada, el seguro se reducirá en la proporción necesaria para que la suma asegurada guarde relación matemática con la prima anual percibida por **La Compañía**.
- c. Si la edad verdadera es menor que la declarada, el seguro se aumentará en la proporción necesaria para que la suma asegurada guarde relación matemática con la prima anual percibida por **La Compañía**.

CONDICIÓN VIGÉSIMA SEXTA. EXTRAVÍO O DESTRUCCIÓN DE LA PÓLIZA. De conformidad con el Parágrafo del artículo 1046 del Código de Comercio, en caso de extravío o destrucción de la póliza, **La Compañía**, a petición del asegurado, expedirá un duplicado del documento original. El duplicado de la póliza reemplazará la anterior extraviada o destruida.

CONDICIÓN VIGÉSIMA SÉPTIMA. PERDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN. La mala fe del asegurado o del beneficiario en la reclamación o comprobación del derecho al pago de determinado siniestro, causará la pérdida de tal derecho.

CONDICIÓN VIGÉSIMA OCTAVA. ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN. El Tomador/Asegurado se obliga a actualizar anualmente la información relativa a su actividad laboral, comercial, financiera y demás contenida en el formulario de vinculación de clientes.

CONDICIÓN VIGÉSIMA NOVENA. NOTIFICACIONES. Cualquier notificación que deban hacerse las Partes durante la ejecución de este contrato deberá consignarse por escrito a la última dirección registrada por las Partes.

El Tomador/Asegurado está obligado a informar mediante comunicación escrita dirigida a **La Compañía** cualquier cambio de domicilio. A falta de ello, toda comunicación dirigida al último domicilio conocido del Tomador/Asegurado surtirá efecto en los términos de la presente póliza.

CONDICIÓN TRIGÉSIMA. PRESCRIPCIÓN. La prescripción de las acciones que se deriven del presente contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen, podrá ser ordinaria o extraordinaria.

La prescripción ordinaria será de dos (2) años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción.

La prescripción extraordinaria será de cinco (5) años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.

Estos términos no podrán ser modificados por las partes.

CONDICIÓN TRIGÉSIMA PRIMERA. DISPOSICIONES LEGALES. Para todos los aspectos no previstos explícitamente en las presentes condiciones, se aplicarán las disposiciones del Código de Comercio y demás normas legales pertinentes.

CONDICIÓN TRIGÉSIMA SEGUNDA. PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS. De conformidad con lo establecido por las normas legales de Colombia sobre el tema de prevención de lavado de activos y financiación del terrorismo, el Tomador, Asegurado y beneficiario se obligan con **La Compañía** a realizar las declaraciones que se estipulen en el formulario que para tal fin se les entregue con total veracidad y a suministrar los documentos que se soliciten en dicho formato, tanto al momento de contratar la póliza como en la renovación de la misma y/o al momento del pago de cualquier indemnización.

Cualquier inconsistencia o información falsa en las declaraciones o documentos aportados en razón a la presente condición se entenderá como reticencia en la información y producirá los efectos consagrados en el artículo 1058 del Código de Comercio, sin perjuicio de las sanciones que la ley establezca.

CONDICIÓN TRIGÉSIMA TERCERA. DOMICILIO, LEGISLACIÓN APLICABLE, TERRITORIO Y NOTIFICACIONES: Para todos los efectos relacionados con el presente contrato de seguro y sin perjuicio de las disposiciones procesales, se fija como domicilio de las partes la ciudad y dirección indicadas en la carátula de la póliza.

El presente contrato de seguro se rige por las leyes de la República de Colombia aplicables al mismo.

CONDICIÓN TRIGÉSIMA CUARTA. PROHIBICIÓN DE CESIÓN. El Tomador no podrá ceder su posición contractual ni los derechos derivados de la misma, ni las obligaciones emanadas de este contrato sin previa autorización por escrito de **La Compañía**.

CONDICIÓN TRIGÉSIMA QUINTA. DOCUMENTOS PARA PRESENTAR LA RECLAMACIÓN. Al amparo de lo consagrado en el artículo 1077 del Código de Comercio, al Asegurado o al beneficiario, según corresponda, le corresponderá demostrar la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida.

Se sugiere que en caso de presentarse un siniestro que afecte cualquiera de los amparos de esta póliza, el asegurado allegue los siguientes documentos, según apliquen, sin que se constituyan como los únicos medios de prueba para comprobar su derecho a la indemnización:

MUERTE:

- Copia de la póliza
- Carta de reclamación que incluya el número del crédito, teléfono, dirección y correo electrónico del reclamante
- Historia clínica completa del asegurado
- Registro civil de defunción del asegurado
- Registro civil de matrimonio del asegurado
- Registro civil de nacimiento del asegurado y los beneficiarios
- Fotocopia de la Cedula de ciudadanía o documento de identidad del asegurado y de los beneficiarios
- Si la muerte fue natural, historia clínica donde conste la fecha de diagnóstico de la enfermedad causa de la muerte
- Si la muerte fue accidental, por homicidio o suicidio, se deben adjuntar los documentos legales idóneos que determinen que la persona fallecida fue plenamente identificada, y las circunstancias de tiempo, modo y lugar como ocurrieron los hechos (acta de levantamiento del cadáver, certificado de medicina legal, certificación de necropsia o informe de autoridad competente)
- Certificación del saldo insoluto de la deuda expedida por la entidad financiera, discriminando los diferentes conceptos que hacen parte de la liquidación (saldo de capital a la fecha del siniestro, intereses corrientes, intereses de mora, primas de seguro de vida)

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:

- Copia de la póliza
- Carta de reclamación del asegurado que incluya el número del crédito, dirección, teléfono y correo electrónico
- Fotocopia de la Cédula de ciudadanía o documento de identidad del asegurado
- Historia clínica completa del asegurado
- Dictamen de pérdida de la capacidad laboral en firme, emitido por la Junta de Calificación de Invalidez, Regional o Nacional, o por las entidades competentes del sistema de seguridad social (EPS, ARL, AFP).

Las personas que hacen parte de regímenes especiales, como lo son el Magisterio, las Fuerzas Militares y de Policía, entre otros, deberán aportar como prueba de su incapacidad total y permanente dictamen emitido por la Junta Regional o Nacional de Calificación de Invalidez.

- Certificación del saldo insoluto de la deuda expedida por la entidad financiera, discriminando los diferentes conceptos que hacen parte de la liquidación (saldo de capital a la fecha del siniestro, intereses corrientes, intereses de mora, primas de seguro de vida)

ENFERMEDADES GRAVES:

- Copia de la póliza
- Carta de reclamación del asegurado que incluya el número del crédito, dirección, teléfono y correo electrónico
- Fotocopia de la Cédula de ciudadanía o documento de identidad del asegurado
- Historia clínica completa del asegurado
- Informe del médico tratante con fecha del diagnóstico de la enfermedad
- Certificación de saldo insoluto de la deuda expedida por la entidad financiera a la fecha de diagnóstico de la enfermedad.

BENEFICIOS POR HOSPITALIZACIÓN:

- Copia de la póliza
- Carta de reclamación del asegurado que incluya el número del crédito, dirección, teléfono y correo electrónico
- Fotocopia de la Cédula de ciudadanía o documento de identidad del asegurado
- Certificado de hospitalización donde se incluya la fecha de ingreso y de salida
- Historia clínica completa del asegurado donde conste la fecha y causa de la hospitalización
- Certificación de la entidad financiera sobre el valor de la cuota mensual del crédito

Si del análisis de los documentos aportados, surge la necesidad de documentación adicional, **La Compañía** podrá solicitarlos directamente al asegurado y/o beneficiario(s).

Colmena Seguros S.A.
FIRMA AUTORIZADA

Tu Cuota Protegida

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Colmena Seguros de Vida S.A.

Síguenos en



Más información. Línea Efectiva:
Bogotá / 601 401 0447
Otras ciudades / 01 8000-9-19667
o a través del numeral #833 opción 2
www.colmenaseguros.com

**Colmena**
Seguros

Colmena Seguros de Vida S.A., en adelante Colmena te otorga este seguro de acuerdo con las siguientes condiciones:

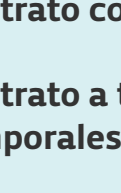
Condiciones generales

• Condición primera

¿A quiénes cubre este seguro?

Este seguro protege a los deudores de cualquier línea de crédito del Banco Caja Social, cuyo ingreso provenga de su condición de asalariado o independiente según la siguiente clasificación:

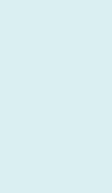
Si tu ingreso proviene de tu trabajo cómo:



Asalariado

En este seguro son los trabajadores que cuentan con:

- Contrato de trabajo a término indefinido
- Contrato de trabajo a término fijo, incluyendo contratos con duraciones inferiores a un (1) año.
- Contrato verbal.
- Contrato de obra o labor determinada.
- Contrato de prestación de servicios.
- Contrato con cooperativas de trabajo asociado.
- Contrato a través de una empresa de servicios temporales.
- Contrato en provisionalidad o libre nombramiento y remoción.
- Pensionado vinculado bajo cualquiera de las modalidades de contrato anteriormente descritas.



Independiente

En este seguro son las personas que no son asalariadas, por ejemplo:

- Trabajador independiente.
- Estudiante.
- Ama de casa.
- Microempresario o trabajador de tu propia empresa.
- Pensionado.

Este seguro te otorga las siguientes coberturas:

- Desempleo involuntario para asalariados.
- Incapacidad total temporal.

Este seguro te otorga las siguientes coberturas:

- Incapacidad total temporal.
- Renta de libre destinación en caso de incapacidad total temporal para independientes.

Si durante la vigencia de la póliza cambias tu condición de asalariado a independiente o viceversa, Tu Cuota Protegida te brindará las coberturas de tu nueva condición.

• Condición segunda

¿Qué cubre este seguro?

1. Desempleo involuntario para asalariados

Colmena pagará al Banco Caja Social la suma asegurada indicada en la carátula de tu póliza cuando se presente alguna de las siguientes situaciones y todos los requisitos durante la vigencia de tu póliza:

Si tu contrato termina por:

Sin Justa Causa

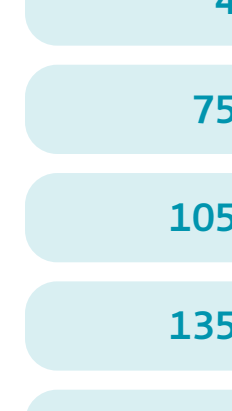
- A. Ser despedido sin justa causa.
- B. Que estés vinculado mediante un contrato de trabajo a término indefinido, contrato a término fijo incluyendo contratos con duración inferior a un (1) año, contrato de obra o labor determinada, contrato con cooperativas de trabajo asociado, contrato en provisionalidad o libre nombramiento y remoción o con contrato verbal.
- C. Que tu contrato terminó antes del plazo establecido originalmente.
- D. Que debes tener más de tres (3) meses continuos trabajando. Podrás demostrar la continuidad laboral entre dos empleos si entre la consecución de uno y otro no existe una diferencia superior a ocho (8) días hábiles y no hayas sido despedido del primero de dichos empleos.

No Renovación

- A. Que tu contrato no sea renovado al momento de la terminación del plazo estipulado.
- B. Que estés vinculado mediante un contrato a término fijo, obra o labor, servicios temporales o prestación de servicios.
- C. Que el contrato tenga una duración continua de dieciocho (18) meses con el mismo empleador y no exista un periodo sin contrato o inactivo de más de quince (15) días hábiles entre renovaciones.

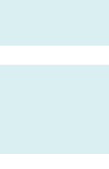
Mutuo Acuerdo

- A. Que tú y tu empleador o contratante deciden dar por terminado el contrato.
- B. Que recibas el pago de una bonificación por cualquier valor adicional a las prestaciones legales y/o extralegales a las que tenías derecho.



¡Ten presente!

Si tu contrato ha terminado sin justa causa o por mutuo acuerdo y te hemos pagado por esta cobertura, podrás volver a reclamar únicamente cuando hayan transcurrido más de 6 meses en tu nuevo empleo.



2. Incapacidad total temporal

Si durante la vigencia de la póliza sufres una incapacidad total temporal por enfermedad o accidente que no te permita continuar con tus labores, Colmena pagará al Banco Caja Social la suma asegurada expresada en la carátula de tu póliza, siempre y cuando cumplas con las siguientes condiciones:

- A. Que tu incapacidad tenga una duración mínima de 15 días continuos.
- B. Que la incapacidad sea directa o indirectamente la incapacidad.
- C. Que la incapacidad esté debidamente certificada por un médico adscrito a la EPS (Sea de régimen Contributivo o Subsidiado), o ARL a la cual te encuentres afiliado.

Para el pago de la indemnización por incapacidad total temporal se aplicará la siguiente tabla:

Días de incapacidad total temporal

15-44 Días calendario consecutivos

45-74 Días calendario consecutivos

75-104 Días calendario consecutivos

105-134 Días calendario consecutivos

135-164 Días calendario consecutivos

165 o más Días calendario consecutivos

Número de cuotas a indemnizar

1

2

3

4

5

6



¡Ten presente!

Si tu médico decide prorrogar los días de tu incapacidad, éstos se acumularán a tu incapacidad inicial, siempre y cuando se trate de la misma enfermedad o accidente.

3. Renta de libre destinación en caso de incapacidad total temporal para independientes

Si eres independiente y durante la vigencia de la póliza sufres una incapacidad total temporal que no te permite continuar con tus labores, Colmena te pagará en un único pago, un monto equivalente al 50% del valor indemnizado por el amparo de incapacidad total temporal.

• Condición tercera

¿Qué no cubre este seguro? (Exclusiones).

Desempleo involuntario para asalariados:

Cuando tu contrato de trabajo termine por cualquiera de las siguientes causas:

- A. Renuncia.
- B. Terminación de tu contrato de trabajo durante o a la finalización del periodo de prueba.
- C. Suspensión de tu contrato de trabajo por cualquier causa.

Para los amparos de:

- Incapacidad total temporal.
- Renta de libre destinación en caso de incapacidad total temporal para independientes.

No tendrás cobertura cuando tu incapacidad sea consecuencia de:

- A. Enfermedades preexistentes en razón de las cuales hayas sido atendido y tratado médicamente dentro de los seis (6) meses anteriores a la fecha de inicio de vigencia del contrato de seguro.
- B. Tratamientos y/o cirugías estéticas.
- C. Durante los periodos que legalmente han sido establecidos como licencias de maternidad o paternidad.
- D. Enfermedad mental de cualquier tipo y sus consecuencias, tales como estrés, ansiedad, depresión o trastornos nerviosos.
- E. Lesiones, padecimientos, enfermedades o cualquier incapacidad intencionalmente causadas o auto inferidas, ya sea que estés en estado de cordura o incapacidad mental.
- F. Accidentes que se originen debido a que te encuentres bajo la influencia de algún medicamento o droga enervante, estimulante o similar, excepto si te fueron prescritos por un médico; así como los que se originen como consecuencia de los efectos del alcohol.
- G. Intento de suicidio.
- H. Tu participación en actos delictivos.
- I. Manipulación de explosivos o armas de fuego.
- J. Actos de guerra (interna o externa, declarada o no) o de actos terroristas.

• Condición cuarta

Vigencia del seguro.

La cobertura entrará en vigencia a partir de la fecha de desembolso del crédito y estará vigente hasta el vencimiento de la última cuota del crédito originalmente pactada o hasta el cumplimiento de la edad máxima de permanencia del asegurado en la póliza.

Para los seguros adquiridos en una fecha posterior al momento del desembolso del crédito, la cobertura entrará en vigencia a partir de la fecha de solicitud de seguro y estará vigente hasta el vencimiento de la última cuota del crédito originalmente pactada, o hasta el cumplimiento de la edad máxima de permanencia del asegurado en la póliza.



¡Ten presente!

En esta cobertura no se incluyen las refinanciamientos, extensiones o ampliaciones de plazo y monto del crédito original.

• Condición quinta

Valores asegurados y beneficiarios.

Cobertura	Valor asegurado	Beneficiario del pago
Desempleo involuntario para asalariados	Pago único de seis (6) cuotas mensuales del crédito con un límite por cuota mensual de \$4.000.000.	El primer beneficiario a título oneroso es el Banco Caja Social. Si el valor del saldo de la deuda del crédito es inferior al total de las seis (6) cuotas a indemnizar, la diferencia te será entregada directamente.
Incapacidad total temporal	Pago de hasta seis (6) cuotas mensuales del crédito, con un límite de \$4.000.000 por cuota mensual establecida en la solicitud de seguro.	El primer beneficiario a título oneroso es el Banco Caja Social. Si el valor del saldo de la deuda del crédito es inferior al total de las cuotas a indemnizar, la diferencia te será entregada directamente.
Renta de libre destinación en caso de incapacidad total temporal para independientes	Pago equivalente al 50% del valor indemnizado por el amparo de incapacidad total temporal.	¡El beneficiario eres tú!

• Condición sexta

Plazo de respuesta a las reclamaciones.

Colmena tendrá un plazo máximo de 15 días hábiles para dar respuesta a las reclamaciones por siniestros.

• Condición séptima

¿Cuáles son los documentos sugeridos para el trámite de una reclamación?

Te corresponderá demostrar la ocurrencia del siniestro, es por esto que te sugerimos que en caso de presentar un siniestro que afecte alguna de las coberturas de la póliza, acompañes junto con la solicitud de indemnización los siguientes documentos según aplique, sin que se constituyan como los únicos medios de prueba:

Importante:

Antes de iniciar la recolección de los documentos identifica cuál es el amparo sobre el cual vas a realizar la reclamación.

- A. Desempleo involuntario para asalariados.
- B. Incapacidad total temporal.
- C. Renta de libre destinación en caso de incapacidad total temporal para independientes.

Documentos sugeridos

	A.	B.	C.
Formato Solicitud de Indemnización, que podrá ser descargado en el portal web: www.colmenaseguros.com Ingresa a Seguros de personas clic en la sección Trámites y luego en Solicitud de Indemnización	●	●	●
Copia de tu documento de identificación.	●	●	●
Original o copia del documento en el que conste la terminación de la relación laboral, en la cual se especifique tipo de contrato laboral y el motivo de la terminación del mismo, y/o carta de despido donde se detalle la información citada anteriormente.	●		
Original o copia del documento en el que conste tu liquidación de salarios y prestaciones sociales.	●		
Certificados y exámenes médicos que acrediten tu incapacidad total temporal por más de quince (15) días corrientes, transcritos por la EPS o ARL.		●	●
En caso de ampliación o extensión del estado de incapacidad total temporal, el asegurado deberá presentar certificados y exámenes médicos que acrediten continuidad de la incapacidad total temporal, transcritos por la EPS o ARL.		●	●
Planilla de aportes al Sistema de Seguridad Social y/o documento que pruebe tu condición de independiente.			●
Los demás documentos que Colmena considere sirvan como soporte para agilizar la definición de reclamación.	●	●	●

Para mayor información comunícate con nuestra Línea Efectiva de Colmena en: Bogotá 601 4010447, Medellín 604 4441246, Cali 602 4036400, Barranquilla 605 3537559 o a nivel nacional al: 018000919667.

• Condición octava

Notificaciones y domicilio.

Para los efectos del presente contrato, podrás realizar notificaciones a Colmena a través de los canales dispuestos por esta para la atención del consumidor financiero.

Cuando Colmena te realice alguna notificación, la prueba de ella será la constancia del envío de la comunicación por correo, dirigida a la última dirección que registraste. Se fija como tu domicilio inicial para notificaciones, la dirección indicada en la carátula de la póliza.

• Condición novena

Disposiciones finales.

Para todos los aspectos no previstos explícitamente en la presente póliza, se regirá por las leyes de la República de Colombia.

ASEGURADORA

FIRMA AUTORIZADA

Colmena Seguros de Vida S.A.

Conoce más en www.colmenaseguros.com

Bogotá D.C., 07 de noviembre de 2018

Señor(a)

LUZ GLADYS PAEZ SALAZAR

Carrera 24 N° 7 - 94 Sur Apto. 203

Tel.: 6638215 Cel.: 3115911584

Ciudad

No. Radicado: IMN-2018-24924-132896

ASUNTO:

PRODUCTO

PÓLIZA

TOMADOR / ASEGURADO

CEDULA

CRÉDITO

AMPARO AFECTADO

FECHA EMISION DEL

CERTIFICADO

- **VIDA INDIVIDUAL PARA DEUDORES**

N° 3704-494995

- **LUZ GLADYS PAEZ SALAZAR**

- **41.364.660**

N° 30019354137

- **-----**

- **05 DE JULIO DE 2018**

Respetado (a) señor (a):

En atención a la solicitud de indemnización presentada por la posible afectación de la póliza Vida Individual para Deudores citada en el asunto, respetuosamente le manifestamos lo siguiente:

Colmena Seguros S.A. expidió la póliza Vida Individual para Deudores N° 3704-494995 con inicio de vigencia para la asegurada Luz Gladys Páez Salazar a partir del 05 de julio de 2018, con el siguiente amparo:

- Básico de Vida

Las condiciones generales de la póliza han señalado mediante la siguiente cláusula, que para el caso de *Beneficios por Hospitalización y Enfermedades Graves*, la edad máxima de ingreso a dichas coberturas, así como la edad de permanencia en las mismas, se encuentran establecidas de la siguiente forma:

“CONDICIÓN NOVENA. EDADES MÍNIMAS Y MÁXIMAS DE INGRESO Y PERMANENCIA.

La edad mínima de ingreso a la póliza es 18 años. La edad máxima de ingreso para la cobertura Básica de Vida es de 75 años + 364 días con permanencia hasta la cancelación de la deuda.

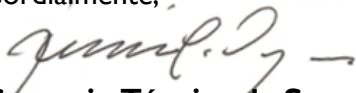
La edad máxima de ingreso para las coberturas de Incapacidad Total y Permanente, Enfermedades Graves y Beneficios por Hospitalización es de 69 años + 364 días con permanencia hasta los 70 años + 364 días.”

Al analizar los documentos allegados con la presente reclamación, donde se solicita afectar las coberturas *Beneficios por Hospitalización y Enfermedades Graves*, hemos encontrado que la edad de la asegurada al momento de tomar el contrato de seguro era de setenta y cinco (75) años.

Ello significa que la señora Luz Gladys Páez tomó la póliza sin las mencionadas coberturas y en consecuencia, no es posible acceder favorablemente al pago del evento reclamado.

Por lo anterior, Colmena Seguros S.A. se permite notificar que la solicitud de indemnización no es procedente y por tal motivo, no es posible efectuar el pago del seguro.

Cordialmente,



Gerencia Técnica de Seguros de Personas
Colmena Seguros

Bogotá D.C, 08 de noviembre de 2018

Señor (a)

LUZ GLADYS PAEZ DE SALAZAR

Kr 24 7 94 Sur Barrio San Antonio

Teléfono: 6638215 Celular 3115911584

Bogotá - Cundinamarca

Nº Radicado: 2706264

ASUNTO:

RECLAMACIÓN

Nº 1018610

PRODUCTO

**DESEMPLEO INDIVIDUAL - INCAPACIDAD
- TOTAL TEMPORAL**

PÓLIZA

Nº 2402- 137080

TOMADOR / ASEGURADO

- LUZ GLADYS PAEZ DE SALAZAR

CEDULA

- 41364660

CRÉDITO

Nº 30019354137

AMPARO AFECTADO

- INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL

FECHA EMISION DEL

- 05.07.2018

CERTIFICADO

Respetado(a) señor(a):

En atención a la reclamación por la posible afectación del amparo de Incapacidad y demás datos de la póliza correspondientes a los contenidos en el asunto nos permitimos manifestar lo siguiente:

Una vez revisados los documentos soportes de dicha reclamación, encontramos que no reúne los requisitos establecidos en el artículo 1077 del Código de Comercio, en concordancia con lo establecido en las condiciones de la póliza en cuanto a los documentos necesarios para el trámite de una reclamación.

Por lo anterior y con el fin de dar trámite a su reclamación, sin admisión de responsabilidad y sin perjuicio de lo establecido en el artículo 1081 del Código de Comercio, es indispensable que nos remita los siguientes documentos:

- Historia Clínica previa al ingreso de la póliza, es decir del periodo comprendido entre 06.01.2018 al 05.07.2018.

Cordialmente,


Firma Autorizada.

Gerencia Técnica Seguros de Personas

Colmena Seguros.



ANEXO "SOLICITUD / POLIZA SEGURO DE DESEMPLEO E INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL"

Estimado cliente:

A continuación se detallan los aspectos más relevantes a tener en cuenta en la póliza de Seguro de Desempleo e Incapacidad Total Temporal que acaba de adquirir, por favor lea detenidamente y consulte con su asesor cualquier duda que se presente:

Observación
He recibido del Asesor Comercial la información de las características, condiciones y beneficios del Seguro.
He leído, revisado y entendido las características, definiciones, condiciones, mis deberes, obligaciones, derechos, los costos y gastos inherentes al seguro y las consecuencias legales estipuladas en el formato de vinculación "Solicitud / Póliza Seguro de Desempleo / Incapacidad Total Temporal".
He sido informado que puedo acceder a un beneficio de disminución de tasa de 200 puntos básicos (2% EA) en el crédito de libre destino que he solicitado para aprobación del Banco.
Conozco que, para acceder al cubrimiento por "Desempleo Involuntario", el cual se presenta por la terminación del contrato de trabajo sin justa causa, o por la terminación anticipada del contrato a termino fijo, o por la terminación anticipada del contrato de obra o labor determinada, o por la terminación de común acuerdo del contrato, donde se pueda evidenciar una bonificación adicional a las prestaciones de Ley , debe: i) Haber transcurrido 30 días calendario en estado de desempleo para presentar la documentación requerida en cualquier Oficina del Banco caja Social; ii) En el evento de ser favorable la solicitud, se realizará el abono correspondiente al valor del seguro, en un pago único de seis (6) cuotas mensuales a mi crédito. También fui informado que para presentar una nueva reclamación debo estar empleado al menos seis (6) meses para acceder a un nuevo cubrimiento por desempleo involuntario.
Conozco que para solicitar el cubrimiento por Incapacidad Total Temporal, la cual se presenta cuando como consecuencia de un accidente o enfermedad el asegurado queda temporalmente incapacitado para generar los ingresos que percibía en el desempeño de su actividad, se debe i) Tener mínimo 15 días de incapacidad; ii) Presentar la documentación requerida en cualquier Oficina del Banco Caja Social durante o después de haberse presentado la incapacidad; iii) En el evento de ser favorable la solicitud, se realizará el abono al crédito mes a mes, entre una (1) y seis (6) cuota (s) de acuerdo a los días en que el cliente estuviere incapacitado de conformidad con la tabla de incapacidad contenida en la condiciones generales del seguro. Así mismo, fui informado de que la indemnización corresponderá a un número ilimitado de eventos durante la vigencia de mi crédito, de conformidad con las tablas de días de incapacidad especificadas en las condiciones particulares de la póliza. También fui informado que en caso de ser un trabajador independiente recibo adicionalmente una Renta de Libre Destino, que consiste en el pago de una indemnización equivalente al 50% de la suma que se me indemnice por la Incapacidad Total Temporal de crédito.
Entiendo que si la información que soporta la solicitud para acceder al cubrimiento del seguro, ya sea por desempleo o Incapacidad Total Temporal, no cumple con las condiciones establecidas en la póliza, el resultado del análisis realizado por Colmena Seguros S.A., va a ser desfavorable.
He recibido la documentación correspondiente a las condiciones generales del seguro de desempleo e incapacidad total temporal.
He sido informado y entiendo que las tarifas indicadas en el formato de solicitud de seguros, están sujetas a cambios de acuerdo a la Reforma Tributaria aprobada por el Gobierno Nacional (en el 2017), las cuales se indican a continuación.

Enero, 2017

EOIN 423